Nr. 29. 16. lipca 1922. Rok I.

# POLSKA GAZETA LEKARSKA

## Prace oryginalne.

Dr. Aleksander Domaszewicz, kierownik oddz. chor. nerw. i umysł. Szpit. powsz. Lwów.

### Przypadek histerycznego porażenia kończyn dolnych z rzekomem drganiem rzepki i rzekomemi objawami Mendel-Bechterewa i Rossolimo.

Jest rzeczą dobrze znaną, że organiczne choroby układu nerwowego, mogą być powikłane objawami histerji, że do objawów organicznych może dołączyć się cały zespół objawów czysto czynnościowych, utrudniających nieraz należyte rozpoznanie choroby podstawowej. Odwrotnie możemy jednak spotkać przypadki, w których rzekomo organiczne objawy, przy odpowiednich sposobach badania, dadzą się zdemaskować jako objawy pochodzenia czynnościowego. Dzięki Babińskiemu, który znacznie ograniczył pojęcie histerji, jako zanadto szerokie i nieokreślone, w które z łatwością można było wtłaczać wszystko, co było niejasne i trudne do wytłumaczenia, posiadamy wskazówki i sposoby, ułatwiające znacznie badanie objawów funkcjonalnych.

Nasz przypadek histerycznego porażenia kończyn dolnych z rzekomem drganiem rzepki i z rzekomemi objawami Mendel-Bechterewa i Rossolimo, jest, jak w dalszym ciągu będziemy mogli wykazać, wyjątkowym przypadkiem, w którym właśnie, dzięki sposobom badania, zaleconym przez Babińskiego, objawy, świadczące zwykle o organicznem schorzeniu dróg piramidowych, dały się zdemaskować, jako objawy histerycznego pochodzenia. Wreszcie i uleczenie kilka lat trwającego, zupełnego porażenia kończyn dolnych, zaliczyć należy do rzadko spotykanych przypadków.

„H. K. l. 27, wolny, rolnik. Był zawsze słabego zdrowia, nie mógł nigdy dorównać swoim rówieśnikom. Do szkoły nie chodził wskutek bardzo krótkiego wzroku. W 15 r. życia miał jakiś wrzód na głowie, który sprowadził obrzęk całej głowy, i musiał być przecięty. Zresztą poważniejszych chorób nie przechodził. W r. 1913 stawał do poboru wojskowego i został ze służby zwolniony. W zimie 1913 r. idąc ze wsi do sąsiedniego folwarku na robotę, mocno przemarzł w drodze i jak podaje, wiatr przewiał mu nogi. Nagół czuł się w tym dniu osłabiony. Uszedłszy kilka kilometrów, poczuł, że drżą pod nim nogi, które potem nagle wyprężyły się, chory doznał silnych zawrotów i szumu w głowie i upadł na ziemię, jak mu się zdaje, stracił od tej chwili przytomność. Jak długo trwała utrata przytomności i jak długo leżał na drodze, nie może podać, wie tylko, że zabrał go z drogi wozem szwagier i odwiózł do domu rodziców. Nie mógł wówczas sam ruszyć ani ręką, ani nogą. W domu przeleżał około dwóch tygodni zupełnie bez ruchu, nie mógł mówić, nie mógł oczu otworzyć, chociaż rozumiał i słyszał wszystko, co się dookoła niego działo. Po dwóch tygodniach odwieziono go do szpitala w Brodach, gdzie stan jego tylko o tyle się poprawił, że mógł już otwierać oczy, mówić i ruszać rękoma, natomiast kończyny dolne były zupełnie sztywne i nieruchome. Przez cały czas tej choroby i później nie miał żadnych zaburzeń ze strony pęcherza i oddawania stolca. W szpitalu w Brodach przeleżał cały rok bez żadnej poprawy. W 1914 roku wskutek wojny z Rosją, został przewieziony do jakiegoś szpitala w Wiedniu. W czasie tej podróży był zawsze przenoszony na noszach. W szpitalu w Wiedniu stan jego zdrowia w niczem się nie zmienił. Tu przeleżał dwa lata. W r. 1918 przewieziono go w tym samym stanie do szpitala na Morawach, stąd w r. 1921 został odesłany również bez żadnej poprawy na oddział neurologiczny szpitala powszechnego we Lwowie. Chory więc, o ile się oprzemy na jego zapodaniach, przez 8 niemal lat był przykuty do łóżka z powodu porażenia dolnych kończyn

Na oddziale tutejszym poza tem skarży się na bóle głowy w okolicach stawów kolanowych i biodrowych, zły sen i zawroty głowy.

Wzrostu średniego, dość wątłej budowy, o mięśniach słabo rozwiniętych, tkance tłuszczowej skąpej. Narządy wewnętrzne są bez zmian. Mocz jest bez białka i cukru Odczyn Wassermanna we krwi ujemny. Piętna zwyrodnienia: zrost obu brwi, duże przerosłe płatki uszne, skrzywienie boczne kręgosłupa, nieco wysokie podniebienie, znaczne obustronne niedowidzenie i zależny od tego oczopląs. Źrenice prawidłowe dobrze reagują na światło i akomodację. Nerwy czaszkowe, poza krańcowem koncentrycznem zwężeniem pola widzenia na wszystkie barwy i brakiem odruchów rogówkowych i podniebiennych, bez zmian. Ze strony kończyn górnych stwierdza się pewną wiotkość stawową, silnie wzmożone odruchy i drżenie rąk, polegające na skręcaniu i odkręcaniu przedramienia, pochodzenia niewątpliwie emocjalnego. Odruchy brzuszne żywe i równe.

Kończyny dolne: Mięśnie nie zanikłe. Zupełne usztywnienie w stawach biodrowych, kolanowych i prawie zupełne w skokowych. Kończyny stale wyprostowane wzdłuż osi długości ciała i przywiedzione, obustronnie stopa końska, palce przygięte można jednak biernie rozprostować, gdy natomiast bierne ruchy w reszcie stawów kończyn są niemożliwe, nawet przy użyciu bardzo znacznej siły. Czynnie może chory tylko nieco zgiąć wszystkie palce, ruch ten jednak wykonuje z bardzo małą siłą. Ruch zgięcia palców jest więc jedynym utrzymanym ruchem w zakresie mięśni kończyn dolnych. Wskutek tego zesztywnienia, chory nie może siadać, jeśli się próbuje zgiąć kończyny w biodrach, unosi się przy tem tułów chorego do góry. Przy bliższem badaniu kończyn uderza, że w stawach kolanowych istnieje nadmierne rozprostowanie, a w stawie kolanowym lewym zaznaczone *„genu recurvatum"*, kontury przednie kolan są zatarte i obie rzepki prawie stale podciągnięte ku górze. Typowe nieustające drganie obu rzepek i stóp. Niema objawów Babińskiego i Oppenheima, obustronnie wybitny objaw Mendla-Bechterewa i Rossolimo. Przy badaniu na objaw Babińskiego wywołuje się obustronnie wydatne zgięcie wszystkich palców. Stwierdza się zupełne zniesienie wszystkich rodzajów czucia powierzchownego i głębokiego. Brak jest zmian naczyniowo-ruchowych. W zachowaniu się chorego uderza wielka pubudliwość wzruszeniowa. W czasie badania żywo się zaczerwienia, miesza, a drżenie rąk nasila się w uderzający sposób".

Dla wyjaśnienia pochodzenia niezwykłych usztywnień stawowych zakładano kilkakrotnie opaskę Esmarcha na dłuższy czas, co jednak na polepszenie ruchomości biernej nie miało wpływu. W dalszym okresie pobytu chorego na oddziele zwracało uwagę jego aggrawacyjne zachowanie się przy badaniach czucia i wtedy zastosowano leczenie »metodą Kaufmana«, dzięki któremu na jednem dłuższem posiedzeniu udało się przywrócić choremu prawie całkowitą sprawność ruchową dolnych kończyn. Mimo tak niespodziewanego dla siebie i nagłego uzdrowienia, chory nie okazuje zadowolenia i radości i wyraża obawę, że obecnie zostanie prędko ze szpitala wydalony i że nie będzie miał co ze sobą począć, bo gospodarstwo jego zniszczone, oboje rodzice umarli, a zresztą nie ma nikogo z rodziny.

Przez leczenie suggestywne i stanowcze nakazy uzyskano też później zupełne cofnięcie się zmian czucia i dość znaczne rozszerzenie pola widzenia.

W trzy tygodnie od czasu, gdy chory chodzi i stracił przykurcze w stawach kończyn dolnych, stan jego jest tego rodzaju, że wszystkie ruchy bierne w stawach kończyn dolnych są możliwe, w najszerszej rozpiętości, spotyka się jednak opór we wszystkich kierunkach, który ustaje przy odwróconej uwadze albo, gdy przez dłuższe badanie biernych ruchów chory zmęczy się wreszcie po pewnym czasie. Zwiększenie napięć mięśniowych zależy więc niewątpliwie od czynnego oporu chorego. Czasami dająca się stwierdzić wiotkość ścięgna podrzepkowego lewego przemawiałaby raczej za pewną hypotonią, pokrytą przez dowolnie spowodowane napięcie. Odmienne zachowauie stwierdza się przy badaniu ruchomości biernej w stawach skokowych. Spotykamy tu zawsze opór przy rozprostowywaniu, który elastycznie popuszcza, nie pozwala jednak na rozginanie stóp poza kąt prosty. Przy wszystkich próbach rozprostowywania stóp w kierunku grzbietowym, palce wykonują samorzutnie ruch zgięcia. Odruch rzepkowy jest jeszcze teraz często taki, jak był pierwotnie kloniczny, przytem stwierdza się jednak, że przy odwróceniu uwagi chorego drgania rzepki nie wywołuje się. Nawet wówczas gdy chory zwraca uwagę na badanie w tym kierunku, drganie rzepki występuje tylko w okresach, gdy mięśnie uda samorzutnie wpadają w pewien rodzaj masowego drżenia, które pojawia się w pewien czas po rozpoczęciu badania, jak się zdaje w związku z potęgującem się wzruszeniem chorego

i ochłodzeniem kończyny. W tych okolicznościach pojawiające się drganie rzepki nosi cechy typowego organicznego drgania rzepkowego. Drganie ze ścięgna Achillesa udaje się i teraz czasem wywołać przy zgiętem kolanie, o ile drgania masowe mięśni udzielają się także mięśniom podudzia, co o wiele rzadziej się zdarza niż na udzie, ale i wtedy nie przychodzi ono do skutku przy odwróconej uwadze; natomiast stale w typowy sposób, gdy choremu się zleci lekko odpychać rękę badającą w zwykły sposób na drganie stopowe. Objawów Babińskiego i Oppenheima niema, jak przedtem, natomiast objawy Mendla-Bechterewa i Rossolima utrzymują się, gdy się je bada przy wyprostowanych kończynach, jednak wówczas są wprawdzie wyraźne, ale słabsze niż były w okresie minionego porażenia. Przy maksymalnie zgiętych kolanach i zgiętych stopach i gdy siłą nie dopuszcza się, by chory kolana choćby nieznacznie dowolnie rozprostowywał, oba te odruchy, zresztą przy wyprostowanych kończynach stale obecne, zupełnie znikają. Także drganie stopowe w tej pozycji prawie zawsze znika, chociaż chory próbuje stopą rękę badającego odpychać.

Wyleczenie porażeń »metodą Kaufmana« rozstrzyga w naszym przypadku, że mieliśmy do czynienia ze sprawą histeryczną. Drganie stopowe było uwarunkowane mechanizmem, który spotykamy w pewnych przypadkach histerji, a które i w naszym przypadku powstawało i znikało zależnie od warunków badania przez nas opisanego, na które zwrócił uwagę Babiński w przypadkach histerji (rzekome drganie stopowe). Wśród tych samych warunków, wskutek dowolnego napinania mięśnia czworogłowego uda, powstawało drganie rzepki, które, co jest niezwykłe, w naszym przypadku naśladowało drganie rzepki pochodzenia organicznego, a, jako histeryczny objaw, daje się tu zdemaskować faktem znikania przy odwróconej uwadze i zjawieniem się przy współczesnem masowem i rozlanem drżeniu mięśni uda.

Pozostaje do wytłumaczenia utrzymanie się objawów Mendla-Bechterewa i Rossolimo, odruchów, którym niektórzy autorowie przypisują wartość niemal równoznaczną z objawem Babińskiego do rozpoznania zajęcia dróg piramidowych, zwłaszcza że w naszym przypadku nawet po wyleczeniu porażeń objawy te nadal wcale są wyraźne. Objawy te, o ile są wybitne, uważamy również na bardzo cenne objawy zajęcia dróg piramidowych, jednak w tym przypadku jesteśmy skłonni wywodzić je ze stanu wzmożonego napięcia zginaczy palców, które u chorego naszego lata się utrzymywały, doprowadzając z czasem do takiej przewagi napięcia zginaczy, że doszła niejako do odwrócenia (inwersji) fizjologicznego odruchu rozprostowywania palców, który otrzymujemy normalnie przy badaniu na objaw Mendel-Bechterewa i Rossolima. Za naszem tłumaczeniem przemawia również zmniejszenie nasilenia tych odruchów od czasu wyleczenia chorego, t. j. gdy zaczął używać także mięśni prostujących palce, a tem samem gdy mięśnie te zaczęły powoli wracać do prawidłowego stanu napięcia. Pozatem przemawia za histerycznem przykurczowem pochodzeniem tych odruchów znikanie ich wśród wszystkich warunków badania, w których zginacze palców ulegają mechanicznie skróceniu, a tem samem zmniejszeniu swego napięcia, więc gdy kolana ustala się w pozycji zgięcia i zegnie równocześnie stopę. Stale jeszcze istniejący pewien przykurcz palców, wskazuje bierne ich zginanie się przy rozprostowaniu stopy, t. j. gdy się brzuśce zginaczy palców rozciągnie.

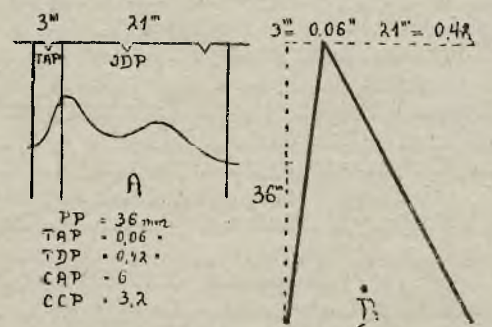
W pierwszym okresie pobytu naszego chorego na oddziele, stworzenie opisanych warunków badania t. j. wykluczenie dowolnych napięć mięśniowych, przez nadanie odpowiedniej pozycji odcinkom kończyny, było niemożliwe, z powodu trwałych wyprostnych przykurczów kończyn dolnych i wówczas można było przypuszczać powikłanie choroby organicznej objawami histerji. Wyleczenie jednak zupełne porażeń kończyn dolnych i znikanie rzekomo organicznych objawów wśród pewnych warunków badania, pozwala na niewątpliwe rozpoznanie histerycznego pochodzenia całego schorzenia.

---

Władysław Janowski. Warszawa.

## Mechanizm powiększenia szybkości tętna w różnych stanach chorobowych.

Możność ściślejszego orjentowania się w szybkości tętna powstała dopiero od czasu rozpowszechnienia się w klinice różnych sposobów określania ciśnienia tętna (*PP — pressio pulsus*), t. j. różnicy między ciśnieniem krwi skurczowem (Mx) i rozkurczowem (Mn). Gdy to nastąpiło, szło tylko o podanie sposobu określenia szybkości tętna, opartego na liczbach, by zdobyć w ten sposób możność zorjentowania się nie tylko w kierunku, ale i w stopniu zmian szybkości tętna w poszczególnych przypadkach wogóle, a więc w szczególności także w różnych stanach chorobowych. Szukając takiego sposobu, zaproponowałem w 1907 r., a następnie w r. 1917, wykorzystanie w tym celu danych, otrzymanych z równoczesnego badania tętna za pomocą tętnopisu i sfigmomanometru. Sposoby te są bardzo proste. Określa się ciśnienie tętna (PP) za pomocą któregokolwiek ze znanych sposobów. Bezpośrednio potem zdejmuje się krzywą tętna w szybkim biegu walca tętnopisu i wymierza się na niej dokładnie przy pomocy linijki milimetrowej czas wstępowania tętna *(TAP=tempus ascensionis pulsus)* oraz czas jego opadania *(TDP=tempus descensionis pulsus)*.




A. Schemat tętna normalnego w szybkim biegu tętnopisu.
B. To samo tętno, przerysowane na swą wartość bezwzględną (*Sphygmogramma absolutum*) podług Sabli'ego.

Otrzymujemy w ten sposób możność dokładnego zorjentowania się w szybkości wstępowania tętna (*CAP—celeritas ascensionis pulsus)*, jak i w szybkości rozwijania się całej fali tętna wogóle t. j. średniej z szybkości jej podnoszenia się i opadania (*CCP—coëfficens celeritatis pulsus)*. A mianowicie: szybkość wnoszenia się fali tętna otrzymujemy, dzieląc wielkość ciśnienia tętna (PP) przez liczbę setnych sekundy, potrzebną na rozwinięcie się fali tętna (TAP), gdyż jest rzeczą jasną, że $CAP = \frac{PP}{TAP}$. Gdy zaś idzie o zorjentowanie się w szybkości całej fali tętna wogóle, obliczam średnią geometryczną z czasu jego wnoszenia się i opadania. Ponieważ pierwsze wyraża się ułamkiem $\frac{PP}{TAP}$, a drugie ułamkiem $\frac{PP}{TDP}$, wynika stąd, że $CCP = \sqrt{\frac{PP^2}{TAP.\ TDP.}}$

Ponieważ liczne badania, prowadzone od lat przeszło 17 na moim oddziale, wykazały, że przeciętna normalnego PP = około 36 mm Hg, a normalna TAP = około 0.06'', wynika stąd, że normalne CAP wynosi 6, co oznacza dokładnie, że przyrost skurczowy ciśnienia krwi wynosi normalnie 6 mm Hg w ciągu 0.01 sekundy. Liczne zaś badania, dotyczące wielkości CCP, wykazały, że w warunkach normalnych współczynnik szybkości tętna CCP waha się w granicach od 1,7—3,6, i że średnią normą CCP jest 2,5. Te stosunkowo szerokie wahania zależą nie tylko od granic wahania się normalnego PP, (30—40 mm Hg), ale i od zmiennej częstości tętna, gdyż im jest ona większa, tem krótszy jest czas opadania tętna (TDP), będący jednym z trzech czynników (TAP, TDP, PP), wpływających na ostateczną wielkość CCP. Mając normę dla CAP i dla CCP, możemy w każdym przypadku chorobowym niezmiernie ła-

two określić kierunek i stopień zmian obydwu tych wielkości. Jeżeli więc (przypadek konkretny) mamy przed sobą przypadek stwardnienia tętnic, w którym TAP = 0.275", TDP = 0 33", a PP = 118 mm Hg, otrzymamy przytem CAP = 21.5, a CCP = 13.5. Wynika stąd, że szybkość wznoszenia się tętna była w tym przypadku przeszło 3,5 razy większą od normy (normalne CAP = 6 , a współczynnik szybkości całego tętna był 5,5 razy większym od przeciętnej normy (przeciętna normy CCP = 2.5).

Jak widać z powyższego przykładu, który można by mnożyć do nieskończoności, porównanie liczb, otrzymanych dla CAP i dla CCP, z przeciętną normą dla tych liczb doprowadziło do wniosków zupełnie analogicznych, wykazując, że szybkość tętna w tym przypadku bardzo przekracza normę, zarówno w swej części wstępującej, jak i ujęta w swej całości. Tak bywa stale. Różnice liczbowe, otrzymane w ostatecznym wniosku porównawczym, opartym na porównaniu z odpowiednią normą CAP i CCP, zachodzić muszą. CAP bowiem danego przypadku porównywamy z wielkością realną wznoszenia się ciśnienia krwi — 6 mm Hg na 0.01 sekundy, podczas gdy jego szybkość całkowitą porównywamy z przeciętną wielkości umówionej, jaką jest średnia geometryczna z szybkości wznoszenia się i opadania ciśnienia tętna (CCP). Jednakże nigdy porównanie CAP i CCP danego przypadku z przeciętną ich normą nie prowadzi do wniosków rozbieżnych. Wynika stąd, że, stosownie do swego upodobania, każdy klinicysta sam zdecydować może, czy dla zorjentowania się w szybkości tętna swych przypadków pragnie posługiwać się stale wielkością CAP, czy CCP, czy też obydwiema jednocześnie. Jednakże w żadnym przypadku, w którym chodzi o bliższe zorjentowanie się w warunkach pracy serca, badania szybkości tętna nie należy zaniedbać. Jak wiadomo, nie posiadamy dotąd zupełnie dokładnych sposobów klinicznych mierzenia istotnej pracy serca w każdym przypadku. Ideałem, do którego dąży sfigmobolometrja, jest obliczenie tej pracy w każdym przypadku na gramomilimetry. Dotąd ideał ten nie jest jeszcze osiągnięty. Ale gdy i to nastąpi, to bliższe wzięcie pod uwagę czynnika czasu, w ciągu którego te gramomilimetry pracy zostały wykonane, zawsze mieć będzie znaczenie zupełnie zasadnicze. Przypominamy, że przy każdem obliczaniu dokonanej pracy bierze się pod uwagę nie tylko liczbę gramomilimetrów jej skutku, ale i czas jej wykonania. Koń parowy pracy jest wielkością, oznaczającą 75 kilogramometrów jej skutku na sekundę. A więc przy pewnej liczbie kilogramometrów pracy serca, osiągniętych w danym przypadku, wielkość wysiłku, czyli stopień zużycia serca, jest odwrotnie proporcjonalną do liczby sekund, w ciągu których praca ta została wykonana. Wynika stąd, że nawet po zdobyciu sposobu rychłego obliczenia liczby gramomilimetrów pracy, wykonanej przez serce, będzie nas zawsze interesował czas, w ciągu którego serce te gramomilimetry pracy wykonało, gdyż jest rzeczą jasną, że jeżeli nastąpiło to w czasie, naprz. dwa razy krótszym od normy, to serce zużyłoby się przytem dwa razy więcej, niżby to miało miejsce, gdyby pracowało z szybkością normalną.

Liczba pytań, które nasuwają się w klinice przy konsekwentnem obliczaniu szybkości tętna, jest znaczna. Obecnie pragniemy zająć się tylko jednem z tych pytań, mianowicie, które stany chorobowe dają największą liczbę przypadków tętna szybszego od normy, i jaki jest w każdym z nich mechanizm, czyli główny czynnik, prowadzący do zwiększenia szybkości tętna. Otrzymane wnioski są wynikiem bardzo licznych spostrzeżeń w ciągu lat 17-tu. Podajemy je tu jednak tylko w najściślejszem streszczeniu.

1. Najczęstszą i najpospolitszą przyczyną powiększenia się szybkości tętna jest niewątpliwie stwardnienie tętnic. Po nich idą przypadki przewlekłego zapalenia nerek z podniesionem ciśnieniem krwi. Wreszcie najwyższe stopnie powiększenia szybkości tętna spostrzegałem w przypadkach stwardnienia tętnic z jednoczesnem zapaleniem nerek. W moim materjale szybkość podnoszenia się tętna (CAP) w tych przypadkach była większa od normy od 1.3 - 7.2 razy. Współczynnik zaś szybkości tętna (CCP) wahał się w tych przypadkach od 4.4 do 22, czyli przekraczał przeciętną normy CCP (2.5) o 1.7 — 8.8 razy. Zależało to, oczywiście, w pewnej mierze od różnych okresów przebiegu choroby, głównie zaś od czynników, wpływających zwykle rozstrzygająco na wielkość CAP i CCP.

W swej pierwszej pracy o szybkości tętna w różnych stanach chorobowych wykazywałem, na zasadzie szeregu liczb, że głównemi czynnikami, powiększającemi szybkość tętna, są: powiększone PP i zmniejszone TAP. Otóż siedemnastoletnie spostrzeganie długiego szeregu przypadków stanów chorobowych, wyliczonych w niniejszym punkcie, doprowadziło mnie do wniosku, że powiększenie szybkości tętna w ich przebiegu zależy prawie wyłącznie od wielkości PP. Wielkość tego ostatniego przewyższała normę w 74% mojego materjału, wahając się przytem od 43 mm Hg. do 150 mm Hg. Sam czas wznoszenia się tętna (TAP) nie ulega przytem skróceniu. W przypadkach tych cierpień, najmniej posuniętych, TAP wahało się w granicach normy (0.055—0.065). W przypadkach zaś, zaszłych daleko, czas wnoszenia się tętna, często ją nawet nieco przekraczał. W kilku przypadkach TAP dochodziło nawet do 0.12", a w jednym wyjątkowo nawet do 0.14 sekundy. Jedynie zakażenia, dołączające się przypadkowo do przebiegu stwardnienia tętnic i zapalenia nerek, lub przypadkowy znaczny wysiłek fizyczny prowadzą w tych razach do zmniejszenia TAP, co odbija się zaraz na powiększeniu się szybkości wznoszenia się ciśnienia krwi (CAP) i na szybkości tętna wogóle (CCP). Rzecz prosta, że zwiększa to w sposób bardzo dotkliwy wysiłek mięśnia sercowego i prowadzi do znaczniejszego jego wyczerpania się. Poza temi okolicznościami, powtarzam, przemijającemi stałą jest zasadą, że TAP w omawianych tu stanach nie ulega zmniejszeniu. Wprawni klinicyści dawnych czasów twierdzili więc słusznie, że w przypadkach daleko posuniętego stwardnienia tętnic tętno sprawia wrażenie pozostającego długo pod palcem (*p. permanens*). Zupełnie jednak błędnie twierdzili oni, że tętno to jest wolnem (*p. tardus*). Badania bowiem sfigmomanometryczne moje oraz bardzo licznych innych autorów wykazują stale, że przypadki twardnienia tętnic, przebiegające jeszcze bez zmian w tętnicach wieńcowych serca, cechują się powiększonem ciśnieniem krwi (Mx) wogóle i ciśnieniem tętna (PP) w szczególności. Przytoczone zaś powyżej o b l i c z e n i a CAP i CCP dla wszystkich tego rodzaju przypadków w y k a z u j ą, że mamy w nich do czynienia n i e z e z m n i e j s z e n i e m t y c h w i e l k o ś c i, lecz, p r z e c i w n i e, z e z n a c z n e m i c h p o w i ę k s z e n i e m p o n a d n o r m ę. Dlatego twierdzić można z całą stanowczością, że tętno w daleko posuniętych przypadkach stwardnienia naczyń i zapalenia nerek nie jest wolnem (*pulsus tardus*), lecz, *przeciwnie, szybko rozwijającem się* w ciągu czasu normalnego lub nieco dłuższego od normy (*p. celer, attamen permanens*). Obliczenia CAP i CCP czynią fakt ten niewątpliwym. Twierdzenie więc, jakoby stwardnienie tętnic cechowało się tętnem wolnem, należy wykreślić ze wszystkich prac i podręczników, gdyż niesłuszności tego dowodzą wszystkie badania sfigmomanometryczne wogóle, obliczenia zaś CAP i CCP stawiają ten fakt po za dalszą dyskusją.

Ponieważ przyrost szybkości tętna (CAP i CCP) we wszystkich stanach z podniesionem ciśnieniem krwi tętniczem zależy prawie zawsze od powiększenia ciśnienia tętna (PP), można więc wyrazić się słusznie, że przyrost ten jest pochodzenia obwodowego. Wskutek stopniowego rozwijania się, taka szybkość tętna nie przedstawia bezpośredniego niebezpieczeństwa dla serca, które, wyjąwszy przypadki wyżej przytoczonych powikłań (ostre przepracowanie fizyczne, ostre zakażenie), przystosowuje się, oczywiście tylko do pewnych granic, do możności wykonywania tej szybszej pracy przez stopniowe przerastanie.

2. Nie można powiedzieć tego samego o powiększeniu szybkości pracy serca w tych przypadkach, w których zależy ona od przyczyn tkwiących w samem sercu. Mamy tu na myśli przypadki niedomykalności zastawek tętnicy głównej. Wielkość CAP wahała się w moich przypadkach tego rodzaju od 6.4—55, przyczem w $^2/_3$ przypadków mojego materjału przekraczała 11.

Mogę więc powiedzieć, że dla większości mojego materjału omawianej tu wady było cechującem powiększenie CAP, przekraczające normę dwukrotnie, i że w wyjątkowych przypadkach tej wady CAP może przekraczać normę sześciokrotnie, a nawet prawie dziesięciokrotnie. Bliższe badanie materjału wykazuje, że pierwotną przyczyną takiego powiększenia CAP przy niedomykalności zastawek tętnicy głównej jest skrócenie czasu wznoszenia się tętna, czyli zmniejszenie TAP. W moim materjale TAP wahało się przy tej chorobie od 0.055" do 0.035", spadając w czterech przypadkach do 0.025", a w jednym przypadku nawet do 0.02". Mięsień sercowy, zmuszony do tak szybkiego wznoszenia ciśnienia tętna (PP) na należytą wysokość, ulega przy tej wadzie, jak wiadomo, szybkiemu przerostowi. Dopiero to prowadzi z kolei do coraz szybszego wtórnego podniesienia ciśnienia tętna (PP), przekraczającego w większości mego materjału 60 mm Hg i dochodzącego w poszczególnych jego przypadkach do 110, 120, a raz nawet do 140 mm Hg. Wpływa to już wtedy wtórnie na znaczne powiększenie się CAP. Jak widzimy, przy tej wadzie mamy do czynienia z mechanicznem powiększeniem CAP, zupełnie odmiennem od przytoczonego powyżej dla stanu stwardnienia tętnic i zapalenia nerek, w których szybkość tętna wzrasta wyłącznie wskutek powiększenia PP. Wyrażając się najogólniej, powiedzieć można, że CAP w stwardnieniu tętnic i zapaleniu nerek wzrasta istotnie w stosunku proporcjonalnym do przeszkód w naczyniach obwodowych, t. j. że przyrost jego jest pochodzenia pierwotnie naczyniowego. Przeciwnie zaś, w niedomykalności zastawek tętnicy głównej sam mechanizm wady jest powodem pierwotnego powiększenia CAP wskutek zmniejszenia TAP, do którego zwiększenie PP dołącza się dopiero wtórnie. Mamy więc tutaj do czynienia z powiększeniem szybkości tętna pochodzenia pierwotnie sercowego. Podobne uwagi, których nie będziemy tu powtarzać, odnoszą się, rzecz prosta, i do CCP, które w większości mojego materjału przekraczało 12, dochodząc w jednym z nich nawet do 22. Ponieważ mechanizm powiększenia się szybkości tętna (CAP i CCP) staje się w późniejszych okresach przebiegu niedomykalności zastawek tętnicy głównej podwójnym — pochodzenia sercowego i naczyniowego — okoliczność ta tłómaczy nam, dlaczego takie serce wyczerpuje się bardzo łatwo i dlaczego powstałe wtedy wyczerpanie prowadzi już stosunkowo prędko do zejścia fatalnego.

3. Powyższe dwa typy zachorowań prowadzą do przewlekłego znacznego i trwałego powiększenia szybkości tętna. Prowadzi to w końcu do wyczerpania mięśnia sercowego, który jest zmuszony do wykonywania przez czas dłuższy zwiększonej liczby parowych koni pracy. Spotyka się nadto w klinice szereg powodów, zwiększających szybkość tętna w sposób przemijający. Mają tu znaczenie przedewszystkiem wszelkie zakażenia i zmęczenia fizyczne.

W większości przypadków chorób zakaźnych szybkość tętna, a więc zarówno CAP jak i CCP, wzrasta w stosunku proporcjonalnym do zwiększenia się częstości tętna, gdyż ta częstość obniża zawsze w znacznym stopniu czas opadania tętna (TDP), a stosunkowo często w nieznacznym stopniu i czas jego wznoszenia się (TAP). Gdy czynniki trujące przestają działać, szybkość tętna powraca do normy, gdyż przemijające porażenie naczyń obwodowych przez jady bakteryjne nie zdąży zwykle doprowadzić do przerostu lewego serca i wtórnego powiększenia ciśnienia tętna (PP), które odbiłoby się następnie na stałe przez powiększenie CAP i CCP. Mechanizm zwiększenia szybkości tętna przy silnem przepracowaniu jest następujący: Zwiększona praca zwiększa częstość tętna oraz ilość krwi, wyrzucanej do naczyń obwodowych podczas jednego skurczu serca, mogącą przekraczać normę nawet czterokrotnie. Zwiększenie częstości tętna prowadzi, jak łatwo to stwierdzić za pomocą pomiarów na krzywych tętnopisowych, do skrócenia TAP i TDP, i to jest pierwszym powodem powiększenia CAP i CCP. Niezależnie od tego serce jest zmuszone do przesuwania zwiększonej ilości krwi do wtórnie rozszerzonych naczyń obwodowych. Innemi słowy, przybywa tu prawie równocześnie z powiększeniem częstości tętna i czynnik bardzo znacznego podniesienia jego ciśnienia (PP). Z tego powodu, zarówno CAP, jak i CCP, wzrastają bardzo znacznie w przypadkach gwałtownego zmęczenia pracy serca, przyczem tego rodzaju powiększenie szybkości tętna jest pochodzenia równocześnie sercowego i naczyniowego. Dlatego też prowadzi ono do bardzo szybkiego wyczerpania mięśnia sercowego, co wyraża się niezmiernie gwałtownem przechodzeniem tętna z normalnego w częste, z częstego w szybkie i częste, ale jeszcze miarowe, a z tego ostatniego w różne rodzaje niemiarowości, jak nierówność pracy serca (*pulsus inaequalis*) i różne rodzaje skurczów dodatkowych (komorowych, przedsionkowych, wtrąconych, wstecznych itd). Taki gwałtowny przemijający przyrost szybkości tętna, wraz ze wszystkiemi wyżej przytoczonemi jego następstwami można wywołać sztucznie przez każde przepracowanie fizyczne oraz za pomocą doświadczenia Katzensteina. Jest on, jak wiadomo, szczególnie niebezpiecznem w następstwach dla chorego serca, tj. w jego wadach zastawkowych i w zmianach jego mięśnia, gdyż prowadzi wtedy do śmierci podług tylko co podanego mechanizmu. Samoistnie powstaje on w każdym przypadku napadowego częstoskurczu serca, co stwierdzić można z łatwością przez obliczanie CAP i CCP na każdej fali miarowego częstoskurczu (*polyrhythmia*) i na poszczególnych falach miarowych tętna w innych postaciach tego cierpienia, przebiegających, jak wiadomo, z wszelkiego rodzaju niemiarowością.

**Piśmiennictwo:**
1. Sahli. D. Arch. f. kl. Med. 1904, Bd. 81. S. 493. 2. W. Janowski. Gaz. Lek. 1907, Nr. 8, 9, 10. 3. — Nowiny Lekarskie 1907, Nr. 10, 11, 12. 4. — Metody badania serca. Warszawa. 1910. 5. — Przegl. Lek. 1907, Nr. 42, 43, 44. 6. — Gaz. Lek. 1914, Nr. 10, 11, 12. 7. — Miesięcznik Lekarski. 1917, Nr. 3, str. 115. 8. Katzenstein. Deut. Med. Woch. 1904, Nr. 22, 23. 9. W. Janowski. Czasopismo lekarskie. 1907, Nr. 3.

---

## Z praktyki.

Dr. med. J. Merenlender, b. ord. szpit. wen. w Skierniewicach.

### Bizmut, jako środek przeciwkiłowy.

Od dziesięciu lat, t. j. od chwili rozpoczęcia klinicznego stosowania salwarsanu, jako środka przeciwkiłowego, jesteśmy świadkami ostrej walki, toczącej się w świecie lekarskim między zwolennikami tego leku i zwolennikami rtęci. Podczas gdy ci ostatni zalecają rtęć, jako środek podstawowy do zwalczania kiły, przypisując salwarsanowi mniejsze znaczenie, albo w najlepszym razie uważając salwarsan tylko za środek pomocniczy, zwolennicy salwarsanu naodwrót stosują tylko salwarsan i to w wielkiej ilości, uważając arsenobenzole za jedyny radykalny środek niszczący kiłę.

O rtęci wiemy, że jakkolwiek jest to doskonały środek przeciwkiłowy, nie leczy jednak radykalnie przymiotu. Syfilitycy, energicznie leczeni rtęcią bynajmniej nie unikają późniejszych zachorzeń syfilitycznych t. j. wiądu rdzenia i porażenia postępującego. Przypadki radykalnego wyleczenia kiły za pomocą rtęci (jako kryterjum wyleczenia były podane zakażenia powtórne), opublikowane w literaturze, okazały się, po krytycznej ocenie ich przez Fr. Lessera, przypadkami samowyleczenia. Daje on szereg dowodów, że w tych przypadkach kiła sama wygasła, niezależnie od stosowania rtęci.

Ostatecznego poglądu co do istotnej wartości salwarsanu, jako leku radykalnie leczącego kiłę, w obecnej chwili mieć nie możemy. Dopiero za lat 10—20 klinika neurologiczna przedstawi nam, czy chorzy leczeni salwarsanem, specjalnie po teraźniejszem stosowaniu go w wielkich ilościach, zupełnie nie zapadną, albo w mniejszym stopniu na późną kiłę t. j. wiąd rdzenia i paraliż postępowy.

Wobec rozbieżności zdań co do wartości i wobec niepewności co do skutków ostatecznych stosowanych obecnie leków przeciwkiłowych, nic dziwnego, że świat lekarski jest w niezmordowanem i ciągłem poszukiwaniu pewniejszych środków do zwalczania tej choroby.

I otóż w jesieni ubiegłego roku obiegła prasę codzienną senzacyjna wiadomość, że pewien profesor francuski przedstawił Akademji Lekarskiej w Paryżu nowy srodek, składający się z soli bizmutowych, którym zdołał radykalnie wyleczyć 500 syfilityków. Wiadomo, że każdy nowy środek, który się zapowiada jako przełomowy, wywołuje na razie entuzjazm. Wystarczy przypomnieć sobie w początku tryumfalny pochód tuberkuliny K o c h a, która, jak się zdawało, wybawi ludzkość od gruźlicy; albo też gorące nadzieje pokładane w salwarsanie, kiedy to Ehrlich wierząc w *„therapia sterilisans magna“* myślał, że dokona cudów i za pomocą jednego zastrzyku zniszczy syfilis. Dlatego też senzacyjna wiadomość o nowym wynalazku przeciwkiłowym wzbudziła wielkie nadzieje tak w lekarzach jak i w dotkniętych kiłą chorych.

Dzięki bardzo ciekawemu i pouczającemu odczytowi, wygłoszonemu w marcu b. r. w Polskiem Towarzystwie Dermatologicznem przez kol. Roberta B e r n h a r d t a, który pierwszy u nas zaczął stosować bizmut z pomyślnemi wynikami, miałem możność bliżej się zapoznać z tym lekiem.

Zachęcony dobremi wynikami, o których zakomunikował B e r n h a r d t, zacząłem stosować ten lek na oddziale wenerycznym szpitala wojskowego w Skierniewicach; wybrałem czterech chorych z licznemi objawami kiłowemi, aby móc obserwować, jak wykwity syfilityczne reagują na ten środek. Na tem miejscu chciałbym parę słów powiedzieć o samym leku. W roku 1921 S a c e r a k i L e w a d i t t badali działanie lecznicze różnych preparatów bismutowych w kurzej spiryllozie, zachorzeniach, wywołanych przez trypanosomy, oraz w kile królika i człowieka. Najlepszym z tych połączeń bizmutowych okazał się *Kalium-natrium-bismut-tartarat*, który też został wprowadzony do handlu pod nazwą »Trepol« (10% rozczyn sodowo-potasowego winianu bismutu w oliwie). Podczas stosowania doświadczalnego tego preparatu przez Francuzów okazało się, że królik bez szkody znosił 0,05 gr. winianu bismutu (na kilogram wagi ciała) przy stosowaniu podskórnem i śródmięśniowem; natomiast przy zastosowaniu dożylnem tak małej ilości jak 0,005 gr. ginął już po tygodniu. Jednem słowem, preparat ten okazał się nadzwyczaj trującym przy stosowaniu dożylnem.

Do swoich badań klinicznych używałem preparatu cytrynianu bizmutu, zalecanego przez B e r n h a r d t a, a wyrabianego przez aptekę Gessnera, który bezinteresownie udzielił mi tego leku w ilości potrzebnej, za co na tem miejscu wyrażam mu podziękowanie. Preparat ten składa się z *bismuthum citricum* 0,1 i *novocaini* 0,01 w jednym $cm^3$. Technika zwyczajna; jak przy rtęciowych zastrzyknięciach, śródmięśniowa. Tylko z powodu wyżej wspomnianej mocno trującej własności bismutu w razie dostania się do żyły, stosowałem przy zastrzyknięciu aspirację próbną (według S c h ä f f e r a-L e s s e r a), aby zupełnie się upewnić, że bizmut nie dostanie się do żyły. Po zastrzyknięciu zawartości strzykawki, zdejmowałem ją, pozostawiając igłę tkwiącą; po nabraniu w strzykawkę powietrza, nasadzałem ją znów na igłę i wprowadzałem powietrze do kanału zastrzykowego, aby tym sposobem zapobiedz pozostaniu w nim bizmutu, czem zmniejsza się bolesność oraz nacieki wskutek zastrzyknięć. W tym też celu używałem długiej igły (4 – 5 cm.). Nadzwyczaj ważnem jest bardzo staranne pielęgnowanie dziąseł podczas kuracji bizmutowej. Zgodnie z wskazówkami B e r n h a r d t a zalecałem chorym smarowanie dziąseł dwa razy dziennie 10% tanningliceryną, prócz tego częste płukanie ust lekkim rozczynem tanniny w wodzie. Bizmut, który szybko się wydziela do dziąseł, łączy się, przy zapobiegawczem stosowaniu, z tanniną i tworzy tannismut, który wywiera działanie ściągające. Od chwili zastosowania pierwszego zastrzyknięcia badałem codziennie wykwity (których miejscowo nie leczyłem) na krętki blade, aż do czasu póki zupełnie nie zginęły; u ostatniego chorego badałem za pomocą nakłucia pachwinowe gruczoły chłonne. Przy badaniu na krętki posługiwałem się metodą L e n a r t o w i c z a (utrwalenie za pomocą 40% formaliny, barwienie karbolfuksyną Ziehla), którą stosuję stale z bardzo pomyślnemi wynikami. Mniej więcej co dwa tygodnie była badana krew na odczyn Wassermanna w pracowni Szpitala Ujazdowskiego.

Poniżej podaję historje choroby tych czterech przypadków, z których w pierwszych trzech był nawrót kiły drugorzędnej, a w czwartym wrzód twardy.

I) K. J, 24 lat, rolnik — zakażenie kiłowe we wrześniu 1921 roku. Przeszedł wtedy natychmiast leczenie, które skończył w paźdz erniku 1921 roku (10 zastrzyków Hg. sal. + 2 neosalvars.). Stan obecny — *Habitus asthenicus*. Zły wygląd, blady; stan ciężki, zaledwie może chodzić, łysina i biała skóra kiłowa szyi; nadżarcia i gruzki na żołędzi prącia. Na skórze worka mosznowego licznie rozsiane lepieże wielkości dużego grochu. Na prawem udzie w okolicy otworu owalnego bardziej przyśrodkowo lepież płaski o postaci owalnej, moknący, wypukły (2 cm × 1 cm); koło otworu stolcowego liczne lepieże moknące. Powiększenie wszystkich gruczołów chłonnych. Na śluzówce języka i migdałków lepieże płaskie; prócz tego lekkie zapalenie jamy ustnej. Odczyn Wassermanna ++++. Krętki blade (z lepieży) +. 10/III Wstrzyknięcie bizmutu 0,6 (1). 11/III K r ę t k i +. 12/III K r ę t k i +. 14/III. Wstrzyknięcie bizmutu 1,0 (2). Pokrywanie nabłonkiem lepieży, które schną i wysyają się; k r ę t k i +. 15/III. K r ę t k i +. 16/III. K r ę t k i —. 17/III. Wstrzyknięcie bizmutu 1,0 (3) krętki — (ze skrobanki wessanych wykwitów). Wykwity spłaszczają się, są suche i bledną. 18/III i 19/III krętki —. 20/III. Wstrzyknięcie bizmutu 1.0 (4) Wassermann ++; umiarkowane zapalenie jamy ustnej; lepieże nie zupełnie jeszcze wessane; na ich miejscu czerwone plamy; guzki na worku mosznowym zupełnie znikły. Bolesny naciek w miejscu ostatniego zastrzyku. 24/III. Wstrzyknięcie bizmutu 1,0 (5) 27/III. Zapalenie jamy ustnej utrzymuje się bez zmian kiłowych; wykwit na nosie w okolicy otworu owalnego spłaszczony, suchy, brodawkowaty. Wygląd chorego dobry; czuje się doskonale. 28/III. Wstrzyknięcie bizmutu 1,0 (6). 31/III. Wstrzyknięcie bizmutu 1,0 (7). 4/IV. Neosalwan. Grodzisk 0,3; W a s s e r m a n n ++++. 7/IV. Wstrzyknięcie bizmutu 1,0 (8). 11/IV neosalwan 0,45. 15/IV. Wstrzyknięcie bizmutu 1,0 (9). 24/IV wstrzyknięcie bizmutu 1,0 (10), nadżarcie i grudka syfilityczna [nawrót!] koło otworu stolcowego. Natomiast wykwit brodawkowaty na miejscu lepieża w okolicy otworu owalnego znikł. 2/V wstrzyknięcie bizmutu 1,0 (11) W a s s e r m a n n ++++.

II) W. M., 22 l., kupiec — zakażenie kiłowe w styczniu 1921 r.; dotychczas 2 leczenia. Pierwsze w styczniu 1921 roku — 10 Hg. sal. + 3 Neosalv. Drugie w czerwcu 1921 r. — 12 Hg. sal. + 2 neosalv.; objawów między pierwszą i drugą kuracją nie miał. S t a n o b e c n y: Dobrze odżywiony, o prawidłowej budowie, w lewej pachwinie koło worka mosznowego moknący lepież wielkości małej fasoli (1 cm × 1½ cm); koło otworu stolcowego: z lewej strony moknący lepież nieregularnego kształtu (3×2 cm), z prawej strony lepież podłużny (2 cm × 1 cm). Aparat chłonny: gruczoły pachwinowe i podszczękowe powiększone niebolesne; w jamie ustnej zmian niema. 14/III bizmut 1,0 (1). W a s s e r m a n n +++++, krętki blade +. 15/III krętki blade +. 16/III k r ę t k i b l a d e —. 17/III bizmut 1,0 (2) wykwity bledną i spłaszczają się, k r ę t k i b l a d e —. 18/III i 19/III k r ę t k i b l a d e —. 20/III bizmut 1,0 (3). Zapalenie jamy ustnej; guzek w lewej pachwinie zupełnie wessany (pozostała tylko plama jako ślad); lepieże koło otworu stolcowego zupełnie wklęśnięte, ale jeszcze do poznania. Nacieki po zastrzykach obustronnie bardzo bolesne. W a s s e r m a n n u j e m n y. 24/III bizmut 1,0 (4). 27/III wszystkie wykwity zupełnie znikły, wessane. 3/IV bizmut 1,0 (5). 4/IV W a s s e r m a n n u j e m n y. 7/IV bizmut 1,0 (6). 14/IV bizmut 1,0 (7). 24/IV W a s s e r m a n n ++++. 2/V bizmut 1,0 (8).

III) K. P., 23 l., cieśla — Zakażenie kiłowe w 1918 r. we wrześniu; miał 3 kuracje: pierwszą w 1918 r. — 30 zastrzyków sublimatu + 1 Neosalv., drugą w 1920 r. 10 zastrzyków salicylanu rtęci + 1 Neos., trzecią w 1921 r.: 17 zastrzyków sublimatu + 1 Neosalv. S t a n o b e c n y. Dobrze odżywiony o prawidłowej budowie. Na skórze worka mosznowego gdzieniegdzie moknące guzki, ale przeważnie rozsiane suche guzki kształtu girlandy. Aparat chłonny: lekka scleradenitis universalis, lekkie zapalenie jamy ustnej, zmian kiłowych niema. W a s s e r m a n n ++++ [Krętków nie szukano z powodu suchych wykwitów! 10/III bizmut 1,0 (1). 14/III bizmut 1,0 (2). 17/III bizmut 1,0 (3). Wykwity zupełnie spłaszczone, bledną, prawie zupełnie wessane. 20/III bizmut 1,0 (4). Wykwity wessane (śladu niema), zapalenie jamy ustnej większe. Chory podaje, że miejsca zastrzyków są bardzo bolesne. W a s s e r m a n n ++. 28/III bizmut (5). Z powodu skarg na bolesność miejsc zastrzyków, stosuje się je raz na tydzień tylko. Skargi na bolesność dziąseł. Chory podaje, że w momencie zastrzyku bizmutu natychmiast odczuwa ból w dziąsłach. 31/III bizmut (6). 4/IV W a s s e r m a n n ++++. 7/IV bizmut (7). 15/IV bizmut (8). 24/IV bizmut (9), W a s s e r m a n n ++++. 2/V bizmut (10).

IV) S. T. 23 l., mechanik — po ostatniem spółkowaniu przed 12-ma dniami; obfity ropny wyciek z cewki moczowej, d w o i n k i N e i s s e r a +. 17/III stosowanie leczenia przeciwrzeżączkowego. 20/III nabrzmienie otworu cewki, przerwanie miejscowego leczenia przeciwrzeżączkowego; okłady. 1/IV miejscowe zaognienie większe, obfitszy wyciek ropnej wydzieliny. 8/IV wewnątrz ujścia cewki moczowej wyczuwa się naciek. Obserwacja. 15/IV w okolicy ujścia cewki moczowej wytworzyło się twarde nacieczone owrzodzenie wielkości 3 cm × 2 cm. Badanie mikroskop. wydzieliny (surowicy) wrzodu wykazało k r ę t k i b l a d e w wielkiej ilości. R o z p o z n a n i e: Wrzód twardy. Bizmut 0,8 (1). 16/IV krętki blade +. 17/IV krętki blade ujemne. 18/IV krętki

blade ujemne. Epitelizacja i gojenie się wrzodu. Nakłucie gruczołów chłonnych pachwinowych (które już są powiększone) nie wykazuje również krętków bladych. 19/IV bizmut 1,0 (2): krętki blade —. 20/IV. Chory skarży na mocny ból w miejscu zastrzyku; tam też wyczuwa się naciek. Wrzód twardy goi się w szybkiem tempie. Wassermann ++++. 21/IV bizmut 1,0 (3). Wrzód zupełnie zagojony. 25/IV chory podaje, że bóle w miejscu zastrzyku są nie do wytrzymania. 26/IV chory drugą noc nie spał z powodu bólu. 27/IV Gorączka (39°). 28/IV gorączka trwa; chory nie może ruszać lewą nogą (miejsce zastrzyku). 29/IV pomimo zaprzestania leczenia przeciwrzeżączkowego, minimalny wyciek śluzowy z cewki moczowej nie wykazuje dwoinek; mocz prawie zupełnie czysty. Leczenie bizmutowe zostaje wstrzymane z powodu nadmiernych bólów. D. n.

## Sprawozdania poglądowe.

Prof. Dr. Włodzimierz Łukasiewicz. Lwów.

### O leczeniu chorób skórnych i wenerycznych nieswoistemi ciałami białkowemi i kolloidowemi.

Z kliniki dermatologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Dyrektor Prof. Dr. Wł. Łukasiewicz.

(Ciąg dalszy).

W przypadkach pęcherzycy naszej kliniki, które wobec wstrzykiwań chininy zachowywały się opornie, zastosowano własną surowicę chorych (Dr. Salpeter). Upuszczano ją z żyły łokciowej do wyjałowionej probówki, pozostawiano kilka godzin do skrzepnięcia. Następnie wyjałowioną sondą oddzielano skrzep krwi na górnym brzegu i umieszczono probówkę w zimnie. Następnego dnia wstrzykiwano surowicę w ilości około 5 ccm do żyły łokciowej, a w razie niemożności (z powodu złuszczania) w pośladki. Niezawodne polepszenie można było stwierdzić przy tem leczeniu między innymi u 20-letniej chorej z Pemphigus vulgaris o przebiegu nader przewlekłym (3 lata) mimo stosowania chininy. Już 6 wstrzykiwań własnej surowicy powstrzymały dalszą wysypkę. Dalej u 55-letniego mężczyzny, u którego Pemphigus vulgaris ad foliaceum tendens od 3 lat utrzymywał się mimo licznych wstrzykiwań chininy polepszył się stan znacznie już po 6 śródżylnych wstrzyknięciach surowicy własnej. Chory przybrał bardzo na wadze. Najbardziej uderzający w oczy skutek był u 52-letniego chorego z ciężkim typowym Pemphigus foliaceus, który pozostawał w klinice przez $1^1/_2$ miesiąca dostawszy kilka tygodni przedtem objawów pęcherzycy. Chory ten cierpiał ponadto od lat na łuszczycę, a szczątkowe ogniska tejże okazywał na łokciach przy przyjęciu. Wobec gorączki towarzyszącej pęcherzycy łuszczyca ustąpiła sama. Po pierwszych wstrzyknięciach własnej surowicy ciepłota podniosła się nad 40° a wysypka wzmogła się. Po 9-ciu jednak wstrzyknięciach, a zwłaszcza po ostatnich 4 dożylnych (7 ccm, 10 ccm, 6 ccm, 10 ccm) stan polepszał się szybko. Objawy ustępowały, części obnażone z przyskórka, nie okazujące przedtem skłonności do pokrywania się nabłonkiem, pokrywały się przyskórkiem, stan sił poprawił się. Chory w krótkim względnie czasie czuł się tak dobrze, iż opuścił klinikę, twierdząc iż jest zdrowym.

Także w bardzo ciężkim przypadku pęcherzycy złuszczającej u 45 letniej kobiety wstrzykiwano własną surowicę, jakkolwiek tylko z wielkim trudem wobec skóry pozbawionej nabłonka uskuteczniano venepunkcje. Wstrzykiwania te śródmięśniowe miały korzystny wpływ na sprawę chorobową (w przeciwieństwie do poprzednio stosowanych wstrzykiwań cukru gronowego, które były bezskuteczne). Po 17 wstrzykiwaniach nastąpiła epitelizacja obnażonej skóry.

Wstrzykiwania własnej surowicy przy pęcherzycy zasługują wedle naszych spostrzeżeń niezawodnie na uwzględnienie, gdyż małę ilości (5—10 ccm) tejże wywierają skutek, a nieprzedstawiają jakichkolwiek niebezpieczeństw przy tej ciężkiej dermatozie.

Autoseroterapią przy pęcherzycy stosowali Lenartowicz i Hołobut, wstrzykując chorym podskórnie surowicę uzyskaną z pęcherzy. Rzadko jednak zdarzają się przypadki, w których można uzyskać surowicę z pęcherzy a i to najczęściej w zbyt małej ilości.

Jeszcze w r. 1895 Matthes zwrócił uwagę na działanie deuteroalbumozy, podobne do tuberkuliny. Za leczniczem doprowadzeniem do organizmu białka pod postacią wstrzykiwań mleka oświadczył się R. Schmidt (na 32 kongresie medycyny wewnętrznej w Dreznie), który od r. 1915 je stosował. Niezależnie od R. Schmidta zastosował P. Saal niemal w tym samym czasie mleko przy durze. Poczem metoda ta rozpowszechniła się gwałtownie. Zamiast czystego wyjałowionego mleka krowiego (R. Schmidt), zalecają E. F. Müller aolan, jałowy roztwór białka mlecznego o jednakim składzie, Lindig Caseosan, jałowy 5 procentowy roztwór kazeiny.

Od r. 1918 zaczęliśmy (Dr. Mahl) stosować stale wstrzykiwanie świeżo wyjałowionego mleka w klinice naszej. Wstrzykujemy około 5—10 ccm na dawkę w mięśnie pośladków zwykle w odstępach czasu 3 dniowych, lub 2 razy tygodniowo, o ile ustąpi reakcja. W razie silniejszego odczynu upływa i tydzień między wstrzyknięciami. W największej części przypadków można zauważyć skutek działania pod postacią ogólnych objawów jak: podwyższenie ciepłoty po kilku godzinach występujące, przyśpieszenie tętna, czasami dreszcze, zawroty głowy, osłabienie i śpiączka. Objawy te ustępują z reguły po 24—48 godzinach. Częstokroć można obok tej ogólnej stwierdzić także miejscowy odczyn ogniskowy, który charakteryzuje się wzmożeniem bólu lub miejscowego stanu zapalnego. Przy dalszych wstrzykiwaniach powtarzają się lub nawet potęgują te objawy zwłaszcza w miarę podnoszenia dawki; wreszcie jednak przestają one występować. Niekiedy już po pierwszem wstrzyknięciu, częściej jednakże po dalszych, daje się zauważyć ich korzystny wpływ, polegający na ustąpieniu bolesności, polepszeniu apetytu, snu, odżywienia, jednem słowem ogólnego stanu chorego.

Postępując ostrożnie co do używanych dawek, stosownie do nasilenia i rodzaju choroby, rozważanych na podstawie dokładnego klinicznego spostrzegania nie spostrzegaliśmy nigdy jakichkolwiek szkodliwych następstw. Nie zauważyliśmy też ani razu w naszych przypadkach objawów anafilaktycznych. Leczeniu temu poddano odpowiednie przypadki chorób wenerycznych i skórnych. Przy powikłaniach rzerzączki u mężczyzn mogliśmy stwierdzić w licznych ambulatoryjnie leczonych przypadkach zapalenia przyjądrza ustępowanie lub zmniejszenie bolów jakoteż objawów zapalnych do 24 godzin po pierwszem wstrzyknięciu mleka. Niekiedy trzeba było stosować więcej niż 2 injekcje w tym celu. Wyjątkowo stwierdzaliśmy nawrót nasilenia a dwa razy nawet wzmożenie objawów zapalnych w czasie leczenia. W każdym razie metoda ta ma wyższość nad nakłuciem chorego przyjądrza podnoszącem jeszcze prawdopodobieństwo niepłodności. Częściej zaś mogłem stwierdzić ustanie bólu po mleku, niż po szczepionce (n. b. świeżej). Przy ostrem zapaleniu stercza a także przy przewlekłem zaostrzającem się ustępowało już w 24—48 godzin po wstrzyknięciu mleka utrudnienie w oddawaniu moczu. Po dalszych zaś (2—4) znikały objawy zapalne. Kilka razy po ustąpieniu objawów ze strony gruczołu krokowego wystąpiło ostre zapalenie przyjądrza mimo tego leczenia. Wszyscy ci chorzy przebywali jednakowoż już przed laty to samo powikłanie. Przypadki ostrego zapalenia gruczołu Thysona ropiejące ustępowały po 2 wstrzyknięciach. U jednego chorego naciek grnczołu z przebiciem, utrzymujący się od roku ustąpił po 2 wstrzyknięciach z zabliźnieniem się gruczołu.

Przypadki rzeżączkowego zapalenia stawów u mężczyzn okazywały po wstrzykiwaniach złagodnienia. Ciężkie schorzenie rzeżączkowe stawu łokciowego u kobiety ustąpiło zupełnie przy leczeniu mlekiem.

Na przebieg zapalenia rzeżączkowego cewki moczowej jako takiej, wpływu wstrzykiwań nie stwierdzono w naszej klinice, dlatego też leczenie miejscowe przy wszystkich powikłaniach rzeżączkowych należy konsekwentnie prowadzić. Działanie mleka dostępne dla każdego lekarza jest podobne do działania świeżych szczepionek, które przecież nie działają jedynie swoiście, lecz także jako kolloidalne istoty białkowatej przyrody. Pouczające pod tym względem są doświadczenia, które robił Culver, dzieląc chorych z powikłaniami rzeżączkowemi na 4 grupy. Wstrzykiwał on u 1-szej szczepionkę gonokokkową, u 2-giej meningokokkową, u 3-ciej bacilli colon a u 4-tej roztwór 4%-owy kazeiny. Przy szczepionkach od-

czyn występował wcześniej z wyższą gorączką, bólem głowy i wymiotami. Po deuteroalbnmozie bez tych ostatnich dolegliwości i nieco później występowała reakcja. Zresztą odczyn, jako wynik leczniczy był podobny, zarówno przy stosowaniu drobnoustrojów, jak przy białkn.

Dalej stosowaliśmy wstrzykiwania mleka w wielu przypadkach powiększenia gruczołów (przy wrzodach miękkich) i to tak u chorych klinicznych, jako też i ambnlatoryjnych z najlepszym skutkiem. Przeważnie jnż po drugiem wstrzyknięciu ustępowały zmiany zapalne ropiejących gruczołów chłonnych czyniąc zbytecznym zabieg operacyjny. U jednego chorego ustąpił stan zapalny gruczołów dopiero po 10 wstrzyknięciach. Odnosiłem wrażenie, iż wstrzykiwanie nie w porę przyśpiesza zropienie gruczołów. Najlepsze wyniki daje takie leczenie, w którem się je stosuje z chwilą rozpoczynającego się chełbotania w grnczołach. Częstokroć następywało wessanie już po pierwszem wstrzyknięciu. Wpływu wybitnego na same wrzody miękkie nie można było stwierdzić. O ile wrzody nie były wilgotnie opatrywane (po usunięciu dymienic mlekiem), to zastrupiające się rany prowadziły na nowo do zajęcia gruczołów chłonnych skutkiem wessania ropy z wrzodów.

W przypadkach kiły plamisto guzkowej nie widziałem żadnego skutku po wstrzykiwaniach mleka. Natomiast ustąpiły po nich kilaki, zwłaszcza wrzodziejące, aby po przerwaniu leczenia w kilka tygodni znów się rozwinąć w tych samych miejscach.

We wielu przypadkach kiły osutkowej, leczonej rtęcią i salwarsanem, wstrzykiwaliśmy ponadto mleko głównie jako środek podwyższający ciepłotę (podobnie, jak tuberkulina stosowana przez Wagnera-Jauregg przy kile ośrodków nerwowych). Czyniliśmy to zwłaszcza w takich przypadkach, w których odczyn dodatni krwi utrzymywał się uporczywie mimo intenzywnego swoistego leczenia. Przeważnie jednak nie wywierały te wstrzykiwania skutku na zmianę odczynu w naszych przypadkach w przeciwieństwie do innych autorów (Kyrle, Scheiber, Gulzmann). Również prowokacyjnego działania mleka w przypadkach kiły seronegatywnej, jak to podał Uddgorn, nie mogliśmy stwierdzić.

Z rozmaitym skutkiem stosowaliśmy mleko przy rozlicznych schorzeniach skórnych:

Przy eczema chronicum ze znacznemi naciekami można było w poszczególnych przypadkach zauważyć polepszenie po kilku wstrzykiwaniach (4—5), nie obyło się jednak nigdy bez leczenia miejscowego. Natomiast ostre przypadki nie wykazywały jakiegokolwiek skutku.

Zwykła łuszczyca pozostawała zupełnie niezmienioną nawet po kilku (5—10) wstrzykiwaniach.

Przy pęcherzycy sknteczności tej metody nie można było się dopatrzeć. Również liszaj czerwony płaski (*Lichen ruber planus*) pozostał bez zmiany po 10 wstrzyknięciach mleka. (Przypadek ten ciężki uleczcno doszczętnie neosalwarsanem w ilości ogólnej 9·9).

Uderzające było działanie tej metody w przypadku dermatozy opisanej przezemnie jako Folliculitis exulcerans: Kobieta 33-letnia z rozległemi spływającemi i rozpadającemi się folikularnemi naciekami na skórze brzucha, które utrzymywały się niemal przez rok, była leczona poprzednio na oddziale bez skutku. Odstąpiona klinice okazywała już po pierwszych wstrzykiwaniach mleka widoczne oczyszczanie się owrzodzeń z tendencją do zabliźnienia w centrum zmian chorobowych. Mimo bardzo silnej reakcji w postaci gorączki dochodzącej do 41 stopni i chwilowego zapadu po każdem wstrzyknięciu, chora przybrała na wadze i siłach. Po 23 wstrzyknięciach uskutecznionych w ciągu $2^1/_2$ miesięcy chora opuściła klinikę nleczona.

Podobnie też co do korzystnego leczniczego wyniku zachowywał się 2-gi przypadek: leczona w klinice 50-letnia kobieta z Folliculitis exulcerans crnris dextri (wielkości dłoni); Zmiany ustąpiły po 12 wstrzyknięciach. Wobec tego, iż u nas widuje się tę oporną dermatozę u osobników żyjących wśród złych i zanieczyszczających warunków (u gałganiarzy, zamiataczy ulic etc.), zasługuje skuteczność proteinoterapji u naszych chorych na szczególne podniesienie.

Przypadki Lupus erythematodes discoides leczone z korzyścią wstrzykiwaniami mleka przedstawiałem w lwowskiem towarzystwie lekarskiem. W tych przypadkach występował po każdym zabiegu nietylko zwykły odczyn ogólny, lecz ponadto przekrwienie zapalne w miejscu ognisk chorobowych. U trzech chorych ustąpiły zmiany niemal zupełnie, jeden chory opuścił klinikę z polepszeniem, chociaż nie dokończono leczenia. W innych przypadkach polepszenie było widoczne, a tylko w dwu przypadkach nie stwierdzono widocznego skutku. W każdym razie metodę tę można stosować przy Lupus erythematodes chociażby jako przygotowawczą (wywołującą przekrwienie i zmniejszanie nacieku) do innych metod np. przed terapją Holländera, przed skaryfikacjami itp.

W przypadkach zwykłego wilka stosowanie mleka nie dawało wyników leczniczych.

Nie miałem wreszcie sposobności widzieć korzystnych wyników terapji mlecznej na owładnięcie róży, jak to opisują Kraus i Schmidt, którzy już w pierwszym lnb drugim dniu po wstrzyknięciu mleka spostrzegali ograniczenia procesu i spadek ciepłoty. Byłem wzywany na naradę do przypadków róży, w których mimo tych wstrzykiwań sprawa postępowała i trwała kilka, a w jednym przypadku 11 dni. U pewnego chorego, który z powodu utrzymującego się po róży obrzęku zapalnego twarzy mimo opadnięcia ciepłoty zgłosił się do kliniki, ustąpił rzeczywiście obrzęk po jedynem wstrzyknięciu 10 ccm mleka.

Przywiązując największą wagę do miejscowego leczenia róży, nie sądzę, aby bez tegoż sama proteinoterapja była w stanie zapobiedz dalszemu posuwanin się lub nawrotowi procesu w razie pozostawienia chociażby najmniejszych ognisk chorobowych ropnych. Przypomnę tylko częste nawroty róży (np. nosa) bez leczenia miejscowego, lub przy snchem leczeniu pierwotnych ognisk.

Aolan (Müller) stosowany w klinice intradermalnie co 2-gi dzień (po 0·2 w 2 miejsca wstrzykując) dawał dobry skutek przy lupus erythematodes discoides, o tyle, iż część nacieków ustąpiła.

Przy wyprysku łojowym podudzia u 60-letniego mężczyzny stan po 6 podwójnych wstrzykiwaniach widocznie się poprawił. Na ogół jednak działanie aolanu i odczyn po tymże były słabsze, niż po wstrzykiwaniach mleka, więc nie zachęcały do stosowania tego drogiego zagranicznego preparatu.

Na podstawie dotychczasowych doświadczeń trudno zawyrokować ostatecznie o wartości proteinoterapji. Pewne jednakże jest, iż wywiera ona podrażnienie częstokroć całego ustrojn a nierzadko ognisk zapalnych, i może mieć wpływ leczniczy. Dalsze dokładne spostrzeżenia będą miały za zadanie stwierdzić, które ciała białkowate i w jakich przypadkach wpływają leczniczo.

Proteinoterapja zyskała sobie ponad wszelką wątpliwość obok innych metod fizykalnych i chemicznych bardzo poważne miejsce. D. n.

---

## Przegląd piśmiennictwa.

### Tygodniki.

#### La Presse Médicale.

Nr. 29. 1922.

Marinesco. M. G. **Czy zabieg Steinacha może wpłynąć na odmłodzenie ustroju zwierzęcego?** Steinach w swej monografji[1]) dowodzi, że tkanka łączna gruczołów płciowych (la glande interstitielle, la glande de la pnberté) zachowuje dłngo swą czerstwość, podczas gdy komórki płciowe ulegają zmianom wstecznym. Podwiązka przewodów nasiennych u zwierząt (szczurów), powodując rozrost tkanki łącznej, wywołuje istotne odmłodzenie ustroju: wzrost wagi, siły mięśniowej, łaknienia i popędu płciowego. U szcznrów, które w 27 miesiącu życia okazywały wszelkie objawy starcze, udawało się w ten sposób jeszcze w ciągu 7 miesięcy wywołać ponownie zdolność płciową. Lichtenstern zastosował podobną podwiązkę u 3 mężczyzn (w 44, 66 i 71 roku ży-

[1]) E. Steinach. Verjüngung durch experimentelle Pubertätsdrüsen. Berlin, 1920.

cia) z objawami uwiądu przedwczesnego i otrzymał wyniki zadowalające. Badania Steinacha powtórzyli liczni autorowie z wynikami różnemi, większość jednak nie otrzymała ani rozrostu tkanki łącznej, ani wpływu widocznego na ustrój. Marinesco zastosował zabieg Steinacha u 3 mężczyzn (2 z objawami drżączki porażennej w wieku 60 i 56 lat, trzeci — wiąd rdzenia, l. 59); u wszystkich stwierdzał przejściowo wzmożenie podniet płciowych, siły mięśniowej, częściowo i łaknienia — skutek ten jednak był krótkotrwały i nie zasługuje na miano odmłodzenia. M. sądzi, że zabieg Steinacha nie ma podstaw biologicznych, w szczególności nie wpływa w żadnym stopniu na główne cechy starości, jakie autor widzi w zmianach anatomicznych, histologicznych oraz w stanie koloidowym komórek i tkanek.

*W. Jasiński* (Lwów).

Mougeot A. **Cztery objawy dynamiczne stwardnienia tętnicy głównej.** I. Właściwości tętna: nagłe i szybkie narastanie fali tętna, widoczne przy badaniu oscillometrem. II. Wzmożenie parcia w tętnicy ramieniowej: znaczne podwyższenie Mx przy normalnem Mn. III. Względne wzmożenie parcia skurczowego w kończynach dolnych. IV. Brak współczesności tętna tętnicy promieniowej i udowej — wcześniejsze występowanie tętna uda.

Loubet i Riser. **Przyczynek do badań nad przewlekłem ogólnem zakażeniem pneumokokowem.** Opis przypadku z rozpoznaniem, opartem na dodatnim wyniku posiewów krwi; przebieg przewlekły, zejście pomyślne.

Autor podkreśla rozmaitość obrazu klinicznego w zakażeniach pneumokokowych oraz pomyślne zazwyczaj rokowanie w postaciach przewlekłych.

Nr. 30. 1922.

Maurice Loeper. **O albuminozie we krwi chorych na raka.** U chorych na raka wątroby, przewodu pokarmowego, nerek, występuje przewaga albumin we krwi, zwłaszcza wówczas, gdy guz jest duży i rozwija się wolno; zjawisko to nie pojawia się przy przerzutach rakowych, n. p. na otrzewnej. Autor nie zgadza się z teorją Filińskiego, jakoby nagromadzenie albumin we krwi było następstwem niedomogi wątroby wskutek raka i jakoby miało ono tylko w tych razach występować. Autor nie znalazł tego objawu w innych schorzeniach wątroby, również jej czynność upośledzających, znajdował go zaś bardzo często w zapaleniach, martwicy lub zwyrodnieniu znacznego stopnia każdego innego narządu.

J. Finel i D. Santenoise. **Objawy ze strony układu nerwowego błędno-współczulnego i nadwrażliwość przy napadach strachu, szału i padaczki.** Autorowie uważają zwiększone napięcie nerwu błędnego za przyczynę napadów, zaburzenia zaś równowagi wzajemnej obu układów za podłoże dla nich. Do wniosków tych dochodzą na podstawie następujących danych: 1) Badania krwi przed, podczas i po napadach wykazały rzeczywisty wstrząs hemoklazyczny, w przerwie zaś między poszczególnemi napadami stały, prawidłowy stosunek krwinek białych. 2) Równocześnie u tych osobników stwierdzono podczas napadów wybitną hemoklazję trawienną, która znika w przerwie między napadami. 3) Hemoklazja trawienna jest wynikiem nadmiernego napięcia nerwu błędnego, czego dowodem jest równoczesne z nią występowanie i znikanie odczynu oko-sercowego i jednakowe farmakodynamiczne działanie na oba te zjawiska pewnych środków (atropina, pilokarpina, adrenalina). 4) Zaburzenia w równowadze obu układów autonomicznych dają warunki odpowiednie lub nieodpowiednie dla występowania napadów. Napady występują w chwili napięcia i przewagi układu nerwu błędnego i trwają do chwili wystąpienia przewagi układu współczulnego.

A. Lacassagne. **Miękkie i twarde promienie w leczeniu radem raka macicy.** Ścisłe i dokładne badania histologiczne doprowadziły do poznania skutków działania twardych i miękkich promieni. Promienie miękkie niszczą tkanki sąsiednie, a są zbyt słabe by zniszczyć raka, promienie twarde niszczą raka, pozostawiając tkanki w spokoju. Z tego autor wyciąga odpowiednie wnioski odnośnie do techniki leczenia raka promieniami radu.

Al. Marmorek. **Przemijająca i trwała odporność.** Ciekawa jest sprawa czasu trwania i całkowitości odporności po przebyciu pewnych chorób zakaźnych. Z tego punktu widzenia dzieli autor zarazki na dwie grupy: 1) przechodzą przez sączki i wywołują stałą mniejwięcej odporność; 2) zarazki znane i widzialne dają nietrwałą odporność. Te zaś z nich, które dają jakąś odporność, mają w swym cyklu rozwojowym okres, w którym są zupełnie niewidzialne. Odporność nie zależy wedle autora ani od wielkości zarazka, ani od jego powinowactwa do tworów zewn. listka zarodkowego, ale od szczególnej odporności jądrowej. Możliwe to jest dla zarazków małych.

*Eliza Blattówna* (Lwów).

Nr 31. 1922.

Cunéo B. **Nowy sposób wytwarzania stałego odbytu biodrowego.** Szczegółowy opis zabiegu, poparty dobrze wykonanemi rycinami.

Moutier i Guérin. **Zespół opuszkowy w przebiegu ostrego zatrucia kokainą zastrzykniętą śródoczodołowo.** Na zasadzie 2 spostrzeganych przypadków wnoszą autorowie, że objawy opuszkowe w przebiegu ostrego zatrucia kokainą występują po jej zastrzyknięciu śródoczodołowo wskutek nieznacznej odległości opuszki od dna oczodołu (30—35 mm) oraz możności przenikania rozczynu wzdłuż pochewek nerwowych do jąder opuszki. Po pierwszym okresie podniecenia i objawach ruchowych (drżenie rąk), następują objawy korowe mózgowe (wielomówność, uczucie strachu, rozdrażnienie) i opuszkowe — swoisty niepokój *(angoisse)*, nagłe rozszerzenie źrenic, bladość, ziębnięcie kończyn, wreszcie trudności połykania. Po następnym okresie sercowo-naczyniowym (przyśpieszenie tętna, zmiany parcia krwi z nagłem zmniejszeniem ciśnienia w przeciwieństwie do zwykle spostrzeganego zwiększenia) objawy opuszkowe występują w postaci zaburzeń oddychania: niemiarowość oddechu, zwolnienie *(bradypnée)* i zniesienie ruchów oddechowych bezwiednych przy zachowaniu możności oddychania pod wpływem woli; okres ten prowadzić może do omdlenia i zapaści; z objawów następowych wymieniają M. i G. nadmierne moczenie, wzmożenie odruchów, rozszerzenie źrenic i, najdłużej trwające, przyśpieszenie tętna. Dawka trująca wynosiła w I. przypadku 0,01, w II.—0,03 kokainy. Leczenie: tlen oraz wysokie, często powtarzane zastrzykiwania eteru.

*W. Jasiński* (Lwów).

## Czasopisma archiwalne.

### Fizjologja.

Rozprawy Akademji Nauk lekarskich.

T 1. Z. 1. (1921)

Stefan Dąbrowski i † Stanisław Kozłowski. **O wyjaławianiu się jelit podczas głodu.** Autorowie zdają sprawę z przebiegu nader ważnego doświadczenia nad zachowaniem się przetworów przemiany gnilnej kiszkowej u człowieka w czasie głodu zupełnego. Oznaczając wydalanie kwasu siarkowego estrowego i indykanu moczowego, oraz części składowych żółci, cholesteryny i bilirubiny w kale głodowym, otrzymują w ten sposób miarę natężenia spraw gnilnych w kiszce: w miarę osłabienia tych procesów, które rozkładają tyrozynę i tryptofan, musiało się zmniejszyć wydalanie kwasów fenolosiarkowych oraz indykanu moczu, a obniżenie natężenia fermentacyj, których skutkiem ubocznym jest uwodorowanie bilirubiny i cholesteryny, musiałoby sprawić, że w miejsce urobiliny i koprosterynu wydala się w kale bilirubina i cholesteryna. U jednostki młodej i zdrowej, poddanej spostrzeganiu podczas trzynastodniowego głodu zupełnego, wydalanie moczowe siarki całkowite było w stosunku do okresu pogłodowego raczej zwiększone, ale zawartość odsetkowa siarki estrowej opadła z 13% aż do wartości 0·25% w dniu 8-mym głodu. Wydalanie sumy indygotyny i indyrubiny spadło z wartości 31 mg w pierwszym dniu głodu do wartości 1·2 do 4·5 mg w dniach czwartym do trzynastego. W kale pogłodowym i w pierwszych 3 dniach głodu stwierdzono obecność koprosterynu, brak cholesterynu i bilirubiny; kał z 4, 5, 6 dnia zawierał cholesteryn i bilirubinę, nie zawierał koprosterynu.

Autorowie streszczają swoje wnioski w sposób następujący: »Można tedy uważać, że począwszy od czwartego dnia głodu, stopa gnicia w jelitach tak dalece się zmniejsza, iż osiągamy, praktycznie rzecz biorąc, stan wyjałowienia jelit«. Podnoszą też słusznie praktyczne znaczenie tego stwierdzenia ze względu na leczenie schorzeń przewodu pokarmowego przez zastosowanie głodu ostrego.

Należy wszelako podkreślić, że osobnik poddany doświadczeniu stosował codziennie wlewanie *per anum* do 3 l. wody dziennie, co niewątpliwie miało znaczny wpływ na oczyszczanie kiszki grubej, właściwego miejsca przemian gnilnych.

W y j a ł o w i e n i a nie należy rozumieć w znaczeniu ściśle bakterjologicznem, lecz tylko jako osłabienie wzrostu a zatem i przemiany materji flory przewodu pokarmowego, a to na skutek odjęcia ilościowego a zmiany jakościowej normalnej pożywki, którą jest miazga pokarmowa; drobne ilości soków głodowych, nabłonków złuszczonych i t. p., z których formuje się kał głodowy, nie mogą widocznie podtrzymać tych fermentacyj, w których ulegnie redukcji cholesteryna i bilirubina, a ogranicza się poprostu przez zmniejszoną podaż tirozyny i tryptofanu ilość związków fenolowych oraz indolu, wytwarzanych w kiszce.

*J. K. Parnas* (Lwów).

## Choroby wewnętrzne.

Archiw kliniczeskoj i eksperymentalnoj mediciny.

Zeszyt 1. marzec 1922 r.

Nie bez głębokiego wzruszenia bierzemy do ręki wcale pokaźny zeszyt prac uczonych rosyjskich, świadectwo, że w czarnej godzinie swojej ojczyzny, pomimo wszelkich przeszkód, umieją pracować naukowo i przetrawiać materjał swoistych, nieznanych dotąd w świecie spostrzeżeń. Pismo to jest miesięcznikiem, wydawanym przez prywatne towarzystwo wydawnicze »Naucznaja medicina«; redakcję pisma tworzy grono, składające się z profesorów Pietrowa (Piotrogród), Pletniewa (Moskwa), Słowcowa (Piotrogród) i Tarasiewicza (Moskwa). Miesięcznik ten ma na równi z innemi zadaniami także cel nagromadzenia materjału obserwacji epidemjologicznych, klinicznych i patologicznych z epoki obecnie w Rosji przeżywanej. W niewidzianym dotychczas zakresie urzeczywistnia tam życie eksperymenty patologiczne. Autorzy chcą takowe uchwycić i poddać analizie badawczej.

W. A. O p p e l. **Głód z punktu widzenia chirurgicznego.** Autor omawia szereg schorzeń chirurgicznych, powstających na tle głodzenia. Zwraca uwagę na fakt, że od czasu rewolucji rosyjskiej ogromnie zwiększyła się ilość zachorzeń na wrzód okrągły żołądka u ludności miejskiej w Piotrogrodzie, podczas gdy poprzednio schorzenie to częściej spotykało się u włościan. Przyczynę widzi autor w spożywaniu ciężko strawnych pokarmów w miastach, ze względu na panujący tam głód. W okresie czasu, gdy w Piotrogrodzie rozdawano do jedzenia owies, duża ilość mieszkańców spożyła go w stanie naturalnym, z powodu nieumiejętności oraz niemożności zajęcia się jego należytem przygotowaniem. Skutkiem tego częstemi były silne zaparcia, niedrożności, powstawanie ran w okolicy okrężnicy esowatej, wreszcie ropne zapalenia otrzewnej. Jedynym sposobem wyjścia było założenie nieprawidłowego odbytu. Autor opisuje stany puchliny głodowej, niemożność utrzymywania moczu i t. p. Wskutek głodu, zimna i brudu szerzy się czyraczność w niebywałej poprzednio częstości; wymaga ona często szerokiego wycinania nacieków; ilość zanokcic, zwłaszcza u ludzi ze sfer dawnej inteligencji, ogromnie wzrosła, przyczem rany organizmów wyniszczonych głodzeniem goją się bardzo źle i przez bardzo długi okres czasu. Chirurdzy mają często do czynienia z ropnemi zapaleniami gruczołów chłonnych nawet w takich wypadkach, jak ropne zapalenie ucha środkowego, przyczem ropienia te mają charakter cierpienia przewlekłego. Ilość przepuklin, wymagających interwencji chirurga, już choćby ze względu na utrudnienie w pracy zawodowej, powiększyła się ogromnie; to samo powiedzieć można o wypadających guzach krwawnicowych oraz o wypadaniu prostnicy. Autor przychodzi do wniosku, że wyniszczenia organizmu wskutek głodzenia przewlekłego wywołuje szereg schorzeń, wymagających pomocy chirurga, zaostrza istniejące już uprzednio schorzenia organizmu oraz wytwarza brak odporności tkanek, zmniejszając zdolność odradzania się.

W. J. B r a j c e w. **O stosowaniu operacji wyjęcia przy leczenia raka żołądka i wrzodu okrągłego.** B r a j c e w jest zdania, że przy ulepszeniu techniki operacyjnej wycięcie w przypadkach raka żołądka jest jedynym racjonalnym sposobem leczenia. Autor podaje 5 przypadków własnych, z tych jeden zakończony zejściem śmiertelnem, omawia szczegółowo literaturę przedmiotu, daje zestawienia statystyczne klinik niemieckich; uważa, że wycięcia nie należy stosować tylko wówczas, gdy mamy do czynienia z przerzutami w płucach, opłucnej, większymi guzami w wątrobie, trzustce itp., lub gdy mamy do czynienia z nowotworem o charakterze naciekowym ściany żołądka; obecność gruczołów limfatycznych na krzywiznach dużej i małej, wielkość guza oraz obecność zrostów nie stanowi bezwzględnego przeciwskazania, także i stan anemji oraz wyniszczenia, gdyż te mogą po dokonaniu wycięcia poprawić się. W przypadkach wrzodu okrągłego wycięcie zaczyna obecnie odsuwać na plan dalszy zespolenie żołądkowo-jelitowe. Brajcew zwraca uwagę na to, że przy zespoleniu pozostaje niebezpieczeństwo krwawienia, przedziurawienia, wreszcie przejścia wrzodu w raka, podczas gdy przy wycięciu niebezpieczeństwa te są mniejsze. Autor stosował wycięcie w 8 przypadkach wrzodu peptycznego żołądka z dwoma zejściami śmiertelnemi oraz w 6 wrzodu dwunastnicy z jednem zejściem. Ponieważ obecnie w Rosji poza djetą głodową żadnej innej stosować nie można, pogarsza ten stan leczenie pooperacyjne. Ilość wrzodów żołądka i dwunastnicy w Rosji zwiększyła się, jak autor sądzi, wskutek jakościowo złego, przeważnie roślinnego pożywienia.

W. A. L u b a r s k i j. **O zgorzeli płuc.** W przypadkach zgorzeli płuc zauważyć można w plwocinie znaczne powiększenie objętości ciałek ropnych; ziarnistości obojętnochłonne znajdują się w stanie ruchu molekularnego, opuszczają białe ciałka i tworzą przeważną część miazgi w plwocinie. Ruch Brown'a ziarenek obojętnochłonnych wskazuje na zwyrodnienie odnośnych ciałek ropnych oraz na obecność zaczynu proteolitycznego w plwocinie. Odróżnia to tęże od plwociny gruźliczej, bogatej w zaczyn lipolityczny. Przyczyną usposabiającą do powstawania samoistnej zgorzeli płuc jest wygłodzenie organizmu, jak to mógł stwierdzić autor w 10 przypadkach zgorzeli u jeńców-rosjan w obozie jeńców w Lamsdorf w Niemczech. Stosowanie neosalvarsanu nie dało żadnej poprawy.

A. A s z k i n a z i - S w a t i k o w a. **W sprawie stosowania leczenia białkami nieswoistemi w chorobach oczu.** Stosowanie pozajelitowe białka nieswoistego w formie zastrzyków domięśniowych wyjałowionego mleka przeprowadzone zostało na dużym materjale klinicznym i dało wyniki bardzo dobre w wielu przypadkach chorób oczu. Ze stanów podmiotowych zwraca uwagę ustępowanie bólów oraz bezsenności. Najlepszy wpływ okazały zastrzyki na zapalenia tęczówki, zwłaszcza powstałe na tle duru powrotnego, aczkolwiek i przy gośćcowych stanach zapalnych oddziaływanie jest dodatnie i tylko kiłowe zapalenia zachowują się oporniej. Nieco gorsze wyniki terapeutyczne osiągnięto w wypadkach leczenia zmętnienia ciałka szklistego i tutaj najlepiej reagowały stany etjologicznie związane z durem powrotnym. W wypadkach wrzodów rogówki otrzymano skrócenie czasu leczenia, a nawet i w wypadkach zapalenia oraz zaniku nerwu wzrokowego skonstatowano pewną poprawę przy leczeniu kombinowanem mlekiem i jodem w formie mieszaniny Durand'a.

M. A. G o r s z k o w. **Trwale pozostający cienki zgłębnik, jako metoda badania czynności żołądka u człowieka.** Przy pomocy tej metody można badać czynność żołądka w warunkach bliższych do stanów fizjologicznych oraz bardziej szczegółowo. Na zasadzie swych badań tą metodą autor stwierdził, że w przypadkach nadkwaśności, którą zalicza do nerwic, ściana żołądka oddziaływa silnie nietylko na pobudzające środki pokarmowe, ale i na podrażnienie mechaniczne. Krzywe wydzielania kwasu przy wrzodach żołądka i dwunastnicy nie osiągają wysokich cyfr, otrzymywanych przy nadkwaśności,

i mają przebieg bardziej jednostajny. Autor twierdzi, że oleje roślinne dość silnie pobudzają wydzielanie soku żołądkowego, wbrew utartym poglądom.

B. I. Słowcow. **Schemat badania chemizmu odporności.** Chemizm bakteryj jest mało opracowany, ale już dziś można powiedzieć, że w mikrobach oprócz substancji chemicznych, które znajdujemy i u kręgowców - gospodarzy, znajdują się ciała obce dla tych ostatnich, jak np. celuloza, węglowodany podobne do chityny i t. d. Kręgowce nie posiadają zaczynów, któreby mogły rozkładać odnośne węglowodany, nie posiadają cellulazy ani chitynazy. To samo możemy przypuszczać o niektórych tłuszczach, woskach i białkach bakteryjnych. Wraz z rozpadaniem się ciał bakteryjnych mogą powstawać ciała, które, już to ze względów chemicznych czy też fizycznych lub wreszcie swej biologicznej natury, wywołują zaburzenia w organizmie gospodarza. Organizm broni się środkami tejże natury. Nadmierny rozwój środków obronnych którejkolwiek z tych kategorji wytrąca organizm z równowagi, może szkodzić narządom i tkankom. Powstają więc ciała obronne drugiej kategorji — antifermenty, których staraniem będzie usunięcie owego niepożądanego nadmiaru. Dalej Słowców omawia działanie t. zw. częściowych antygenów, co ma znaczenie np. przy leczeniu białkiem nieswoistem, wreszcie podaje tablicę reakcji obronnych organizmu podczas zakażenia.

L. D. Rabotnow. **W sprawie powstawania dźwięków głosowych u śpiewaków.** Autor badał drogą graficzną zachowanie się ciśnienia powietrznego w jamie ustnej i nosowej przy wydawaniu dźwięków przez śpiewaków.

B. A. Archangielskij. **W sprawie wpływu promieni Roentgena na wczesne okresy ciąży u kobiet.** Na zasadzie 10 przypadków, w których stosowano naświetlanie promieniami Roentena w celu przerwania ciąży we wczesnych jej okresach, autor przychodzi do wniosku, że w okresie do 3 tygodni następują po naświetlaniach krwawienia i przerwanie ciąży bez stosowania dalszych zabiegów. W późniejszych okresach ciąży samo naświetlanie nie wystarcza i trzeba uciekać się do wyskrobywania macicy. W dwóch badanych wypadkach badanie drobnowidowe wykazało zmiany natury patologicznej w komórkach płodu np. w formie rozpadu jądra; w błonie śluzowej macicy stwierdzono objawy zwyrodnienia, martwicy i stanu zapalnego. Te dane, stwierdzające wpływ promieni Roentgena na płód oraz macicę, nie wykluczają jednak wpływu promieni na jajniki lub tarczycę oraz ew. wytwarzania się roentgenoleukotoksyn.

E. W. Woronina. **Zachorzenie podobne do duru, wywołane przez nowego lasecznika.** W przypadku posocznicy u chorej, która wyzdrowiała, wyhodowano lasecznika, barwiącego się bipolarnie i nie dającego odczynu zlepnego z surowicami duru oraz durów rzekomych A i B. Też same laseczniki wyhodowano z trupów 8 chorych, zmarłych na posocznicę, panującą epidemicznie, niepodobną w przebiegu do żadnej ze znanych chorób zakaźnych. W większości wypadków miała miejsce żółtaczka; śledziona powiększona; w wątrobie i nerkach zmiany natury posocznicowej, w płucach przeważnie objawy zrazikowego zapalenia płuc; w 3 przypadkach ropne zapalenie opon mózgowych. Lasecznik zaszczepiony królom i świnkom morskim wywoływał posocznicę, jest on ruchomy, nie zmienia podłoża Conradi-Drigalskiego, wytwarza indol, nie rozrzedza żelatyny. Autorka jest zdania, że ma do czynienia z lasecznikiem przynależnym do grupy posocznic zwierzęcych, mogącym wywoływać schorzenie o charakterze epidemicznym.

*A. Stefanowski* (Warszawa).

Choroby oczu.

Archives d' Ophtalmologie.

T. XXXVIII. Nr. 4. 1921.

Dnverger. **Babkowate wydęcie tęczówki i przekłucie tęczówki.** W przypadkach jaskry następowej wskutek całkowitego odgrodzenia źrenicy i babkowatego wydęcia tęczówki zaleca autor przekłucie tęczówki (*transfixion*). Do terapji okulistycznej wprowadził ten zabieg Fuchs w r. 1896 a wykonuje się go w sposób następujący: nożyk linijny wkłuwa się od strony skroniowej w rąbek rogówkowy trzymając powierzchnię ostrza równolegle do tęczówki; nożyk przekłuwa wypukloną ku przodowi tęczówkę w dwóch miejscach, przechodzi ponad częścią źreniczną do części nosowej wydętej tęczówki, którą również w dwóch miejscach przecina. Natychmiast po operacji tęczówka się zapada i komórka przednia odzyskuje swą prawidłową głębokość. Autor używał tego sposobu operacyjnego od r. 1910 w 15 przypadkach z bardzo zadowalającym wynikiem. Operacja ta wskazana w ciężkich przypadkach jaskry następowej jest zabiegiem bezpieczniejszym niż irydektomja; jeżeli nie przychodzi do nawrotów zapalenia tęczówki, mała szczelina powstała po przebiciu tęczówki, zaokrągla się w dniach następnych i tworzy otwórek o średnicy około 1 mm, zupełnie wystarczający dla utrzymania wolnego połączenia między komórką przednią a tylną. Przy wykonaniu zabiegu należy uważać, by nie skaleczyć torebki soczewkowej a natomiast przebić tęczówkę w całości. Efektu optycznego przekłucie tęczówki nie daje, wycięcie optyczne tęczówki można wykonać później w miejscu najbardziej dla widzenia odpowiedniem.

Terrien. **Pęknięcie samoistne gałki ocznej.** U mężczyzny 70-letniego, u którego po operacji zaćmy oka prawego musiano wkrótce gałkę tę wyłuszczyć, wystąpiło na oku lewem nadwichnięcie soczewki i lekki zanik tęczówki. Przedtem oba oczy wykazywały podwyższenie ucisku śródocznego. Nagle w nocy bez żadnej wiadomej przyczyny wystąpiły gwałtowne bóle oczne i oczodołowe, poczem wystąpił krwotok i krew zaczęła obficie wypływać z gałki ocznej. Badanie przedmiotowe stwierdza w odcinku dolno-zewnętrznym, tuż przy rąbku rogówkowo-twardówkowym pęknięcie, przez które wypadła na zewnątrz jagodówka. Gałka bardzo bolesna. Dwa dni potem wyłuszczenie gałki ocznej — po operacji w nocy obfity krwotok, który stwarza krwiaka oczodołu. Autor przytacza przypadki opisane w piśmiennictwie i wynik badania anatomiczno-patologicznego wyłuszczonej gałki, w której widać, że naczyniówka przez krwotok oderwana jest od twardówki i tworzy wraz ze skrzepem krwi przepuklinę w ranie.

Autor przeprowadzał następnie badania doświadczalne na wyłuszczonych świńskich oczach i stwierdził że już 1,50 gr wody pod ciśnieniem 1 kilogr. w minucie jest zdolne sprowadzić pęknięcie gałki prawidłowej lecz tylko wtedy, gdy z rogówki zdjęto kilka warstw powierzchownych i uszkodzono błonę Descemeta.

U starca istnieją również zmiany troficzne w błonach oka, szczególnie przy jaskrze dokonanej. Znanem zjawiskiem jest zapad rogówki, lub nawet twardówki po operacji zaćmy. Wiek podeszły i podwyższone ciśnienie tętnicze może dać powód do krwotoku śródgałkowego. Nowotwory śródgałkowe mogłyby również spowodować pęknięcie gałki, ale bóle wywołane zwiększonym uciskiem ocznym w następstwie nowotworów prowadzą prędzej do wyłuszczenia gałki nim przyjść może do jej pęknięcia.

Tenliéres i Pesme. **O metodzie przetokowej w leczeniu jaskry przewlekłej. Wybór techniki operacyjnej.** Świetne wyniki podanego przez Graefego wycięcia tęczówki w leczeniu jaskry ostrej są niezaprzeczalne. Dla leczenia jaskry przewlekłej metoda ta częstokroć okazała się nie wystarczającą i podano cały szereg operacji zastępczych: sklerotomia Weckera, cyclodialysis Heinego, iridosclerectomia Lagrange'a, trepanacja Elliota. Na podstawie szczegółowo zebranych danych z piśmiennictwa, uwzględniających niepożądane powikłania występujące w szczególności po trepanacji, przychodzą autorowie do wniosku, że idealną operacją przy jaskrze przewlekłej byłaby sklerectomia zwykła lub też kombinowana z wycięciem kawałka tęczówki.

Carrére. **Eozynofilja miejscowa w zapaleniach woreczka łzowego.** Na podstawie badania anatomo-patologicznego woreczków łzowych wyłuszczonych z powodu zapalenia woreczka łzowego stwierdza autor miejscową eozynofilję, dotyczącą jednojądrzastych ciałek białych. Komórki eozynochłonne są umieszczone w tkance spojówkowej, dokoła woreczka łzowego. Być może, że ta eozynofilia miejscowa jest pozostałością po eozynofilji ogólnej, która już ustąpiła.

*W. Reis* (Lwów).

## Stomatologja.

D. m. W. 48. Nr. 6. 1922. p. 181—182. Odcz. w Zahnaerztl. Ver. Hamburg. 29/10 1921.

Schottmueller. **O rzekomym związku między zakażeniami zębowemi a chorobami ogólnemi.** Polemika z wywodami Fischera z Cincinnati, którego wykład o związkach między zakażeniami zębowemi a ogólnemi dość się już rozpowszechnił w niemieckiem tłumaczeniu. Jest on z powodu przesady, którą jest nacechowany i skrajnie radykalnych wskazań leczniczych, które propaguje, bardzo wdzięcznym przedmiotem krytyki i dyskretuje te dane i argumenty, które w nauce o zakażeniu zębowem są dziś ugruntowane tak pewnie, iż mogą się ostać przed każdą krytyką. To też i Schottmueller ma zadanie wcale łatwe i w odczycie wygłoszonym dla dentystów hamburskich ośmiesza bez trudności odczyt fizjologa Fischera, wygłoszony na zebraniu dentystów amerykańskich. Krytyka ta jednak zupełnie nie jest przekonywująca: przemilcza ona zupełnie podstawowe, na najściślejszych podwalinach naukowych oparte prace Huntera, Rosenowa, Hartzella i Henriciego i innych (czy z powodu rzeczywistej nieznajomości literatury anglosaskiej, czy świadomie, trudno rozstrzygnąć), a opiera się tylko na wynikach długoletnich badań własnej kliniki. Że taka argumentacja jest niewystarczająca, rzecz jasna. Przytem jednak przyznaje, że paciorkowiec *streptococcus viridans*, przez S. po raz pierwszy wyhodowany a przez Rosenowa i innych w niezliczonych przypadkach w ropniach zębodołowych wykazany, może być powodem przerzutowego przewlekłego zakażenia, opisanego przez S. pod nazwą powolnego zapalenia wsierdzia *(endocarditis lenta)*. Ta koncesja i wzmianka o tem, iż badań bakterjologicznych nad »zębicami« dotychczas brak (w piśmiennictwie niemieckiem A.), i że w klinice autora rozpoczęto w tym kierunku obecnie badania (w Ameryce rozpoczęto je dziesięć lat temu A.), redukują bardzo znacznie wartość całej krytyki i każą przypuszczać, iż po pewnym czasie i uzyskaniu odpowiednich wyników badania, ton polemiczny S. przeciw podstawom nauki o zakażeniu ustnem (*oral sepsis*) znacznie osłabnie.

British Medical Journal.

89. Nr. 3174. z 29/10 1921. p. 685—636.

Maynard, Sturton, Brighton. **Dwa przypadki niedokrewności złośliwej przy obecności ognisk zakaźnych w przewodzie pokarmowym.** W pierwszym przypadku u kobiety 38-letniej, zakończonym śmiertelnie, nie było zmian w zębach, które przeważnie zostały poprzednio usunięte, leczenie nowarsenobillonem śródżylnie tudzież betanaftolem wewnętrznie nie potrafiło odwrócić zejścia niepomyślnego, a sekcja wykazała zmiany w jelicie, które należało odnieść do przebytej przed 9 laty *colitis*.

W drugim przypadku u mężczyzny 58-letniego stwierdzono klinicznie uzębienie dobre choć zaniedbane, a tylko badanie radjograficzne wykazało zgrubienie wierzchołków obu dolnych bocznych siekaczy, które wyjęte dały przy badaniu bakterjologicznem czystą hodowlę paciorkowca. Leczenie szczepionką i nowarsenobillonem dało wynik pomyślny i chory opuścił szpital w stanie znacznego polepszenia. Czy to było polepszenie stałe czy czasowe zwolnienie, nie da się stwierdzić.

90. Nr. 3191. z 2/2. 1922. p 304-306.

Edington. Penrith. **Zakażenia paciorkowcowe drogą nosową i ustną.** Do chorób, mogących mieć swoje źródło w przerzutowem zakażeniu drobnoustrojami z jamy ustnej i nosogardzielowej, należą: septyczne zapalenie płuc, podostre zapalenie wsierdzia, opisane po raz pierwszy w r. 1908 przez Oslera, niedokrewność złośliwa i gośćcowe zapalenie stawów. Pozatem wykazał Rosenow i inni możliwość pojawienia się wrzodów żołądka i dwunastnicy tudzież zapalenia wyrostka robaczkowego i okrężnicy jako zakażeń paciorkowcami, pochodzącemi z ust i zębów. Wiele z pomiędzy tych chorób stanowi zapewne miejscowe kratery ogólnego zakażenia. Zakażenie następuje drogą krwi i limfy tudzież przez połykanie ropy. Żyły jamy ustnej uchodzą głównie do *plexus pterygoideus* i żył twarzowych, językowe do *jugularis interna*, żyły zębowe przez *vena alveolaris superior* i *inferior* do *plexus pterygoideus* i *vena facialis* a stąd do *vena jugularis interna*. Leczenie ma za zadanie przedewszystkiem usunięcie ognisk pierwotnych w nosie i jego zatokach bocznych, na migdałkach i około zębów, przyczem należy się wystrzegać zbytniego radykalizmu i postępować raczej zachowawczo. Korzystne działanie mogą też mieć szczepionki przyrządzone ze *streptococcus anhaemolyticus* lub *viridans*, zależnie od danego przypadku. *Allerhand*, (Lwów).

---

## Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

### Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

XI. Posiedzenie naukowe z dnia 15 marca 1922.

Obecnych członków 82.

Przewodniczący kol. Wojciechowski omawia ponownie sprawę pol. Gazety lek. zaznaczając, iż czasopismo rozwija się dobrze, liczba prenumeratorów wzrosła na 2100. Na odbytem we Lwowie posiedzeniu redaktorów uchwalono powiększenie pisma o jeden arkusz bez dopłaty. Wobec tego nakłania prezes do wydatniejszego subskrybowania udziałów tegoż pisma, poczem odczytuje konkurs mag. miasta Warszawy na prymarjusza szpitala starozakonnych. Na nowych członków towarzystwa przyjęto kol. Adolfa Bielewskiego i kol. Zdzisława Markiewicza.

1. Kol. Siedlecki przedstawia chorego z **niedomogą układu chromochłonnego i objawami choroby Addisona**, rozpoznanej na podstawie cisawego zabarwienia skóry, niskiego ciśnienia krwi, upośledzenia siły mięśniowej, długotrwałej biegunki oraz znacznego osłabienia i przygnębienia. Badanie kliniczne wykazało we krwi monocytozę 30—40%, oraz brak cukru. Oznaczenie katalazy dało ilość 8·5, zaś index katalazy 2·4. Odczyn Wassermanna i próba tuberkulinowa wypadły ujemnie. Na podstawie tych objawów oraz wyników badań klinicznych należy rozpoznać niedomogę układu chromo chłonnego z objawami choroby Addisona. Zaznaczyć jednak należy, że w piśmiennictwie znane są przypadki choroby Addisona bez zmian w nadnerczach oraz zjawisko odwrotne, co tłómaczyć można zastępczą funkcją dodatkowych nadnerczy (Nieszkowski, Levin, Virchow). Co do bezpośredniej etjologji a mianowicie kiły, gruźlicy, nowotworu lub urazu badania nasze nie dają podstawy do przyjęcia któregokolwiek z tych czynników. Wynik sekcji potwierdził w kilka dni po demonstr. rozpoznanie kliniczne. Prócz tego przeprowadzono badanie układu wegetatywnego po wstrzyknięciu adrenaliny, pilokarpiny i atropiny, jednak żadna z tych substancji typowej reakcji nie wykazała. Wynik ten zgadza się z badaniami ogłoszonemi przez prof. Latkowskiego, które wykazały, że zapatrywania Eppingera i Hessa, tłómaczące szereg procesów regulacyjnych w ustroju oraz różne zjawiska kliniczne zwiększonem napięciem w zakresie nerwu błędnego lub współczulnego, nie dają się analizować próbami farmakologicznemi, gdyż wynik zależy także od różnych czynników np. wydzielania wewnętrznego, bądź też można wyciągać fałszywe wnioski nie znając dokładnie unerwienia niektórych narządów przez system wegetatywny.

Podobnie i w tym przypadku, gdzie po odpadnięciu tak wybitnego czynnika, jakim jest wydzielina nadnerczy, pilokarpina powinna ujawnić wybitne działanie, — reakcji tej nie było, co więcej nie wystąpiła też po adrenalinie i atropinie. Zjawisko to należy tłómaczyć czemś przeciwnem do zwiększonego napięcia w systemie wegetatywnym, a mianowicie upośledzeniem procesów życiowych, hypotonią, które wystąpiły wskutek braku tak ważnego hormonu, jakim jest wydzielina nadnerczy.

W dyskusji kol. Wielski radzi podnieść małemi dawkami promieni Roentgena funkcje gruczołu nadnercza. Kol. Olbrycht omawia przypadek Addisona po urazie bez zmian barwikowych. Kol Wysocki wspomina o chorobie Addisona, powikłanej ciążą. Po porodzie, wśród objawów ostrego wyczerpania gruczołu nadnercza — zejście śmiertelne.

2. Kol. Markowa przedstawia przypadek **miedniey krzywicowej** z bezwzględnem ścieśnieniem oraz preparat z ciąży trąbkowej.

3. Kol. Karelus przedstawia rzadki przypadek **słoniowatości powiek** na obu oczach w następstwie uszkodzenia gruczołów szyjnych.

W dyskusji nad powyższym przypadkiem zabierali głos kol Rosenhauch i kol. Dawid Hirsch.

4. Kol. Chłopicki przedstawia przypadki z oddziału chirurg. szp. wojskowego okręgowego w Krakowie:

a) Chory P. J. l. 20 z **mnogiemi kostniakami.** Przed 5 laty począł wyrastać na lewem podudziu guz twardy, ze skórą nie zrośnięty, na podstawie nie przesuwalny Guz powyższy dosięgnął wielkości jabłka, podobny zaś, lecz o mniejszych rozmiarach, na kości goleniowej i udowej. Dołączony roentgenogram wykazał gąbczastą budowę guzów.

b) Chory S. F. l. 21 z **distrophia muscul. progres hypertrophica** (Duchenne, Liesinger), połączoną z postacią dystrof Erba młodzieńczej. Chory od dzieciństwa ma chód kaczkowaty, uczucie osłabienia w kończynach dolnych, charakterystyczne przerosły mięśeń brzuchaty łydki i czworogłowy uda, ze zniesie-

niem odruchów ścięgnistych, lecz bez reakcji zwyrodnienia. Osłabienie mięśni wyprostnych kadłuba, z cechującą dane schorzenie trudnością przy podnoszeniu się z podłogi, równocześnie zaś zanik i znaczne osłabienie mięśni pasa barkowego są typowe dla młodzieńczej dystrofji. *Dr. Wysocki* sekretarz.

**Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie** z dnia 22 marca br.

Posiedzenie w sprawie nadbudowy gmachu. Po ożywionej **dyskusji**, w której zabierali głos kol. Strzemieński, Piotrowski, Boczar, Rosner, Grzybowski i Nartowski, uchwalono wniosek kol. Rosnera:

Walne Zgromadzenie poleca zarządowi oraz kom. budowlanej: 1) Poczynić energiczne starania w uzyskaniu jak największej sumy na bony (specjalnie w tym celu wydane, oprocentowane na 6%). 2) Przystąpić jak najrychlej do rozszerzenia sali wykładowej i do stworzenia w gmachu towarzystwa odpowiedniego lokalu na bibliotekę i czytelnię. 3) Zaprosić do komisji budowlanej prezydenta izby lekarskiej i prezesa związku lek. małop. *Wysocki* sekretarz.

**Lwowskie Towarzystwo lekarskie.**

XXI. Posiedzenie naukowe z dnia 9 czerwca 1922 r.

Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 116.

Prezes kol. Franke wita kol. Jaczewskiego Kazimierza z Lublina, jako gościa.

1) Kol. Ziembicki przedstawia dwa rentgenogramy z dwóch chorych, u których (mimo podobieństwa z tętniakami tętnicy głównej) rozpoznaje **bąblowca płuc**. Odczyn Bordet-Gedini-Weinberg na bąblowca z surowicą krwi obu chorych wypadł ++++; odczyn Wassermanna ujemny. We krwi jest 5% ciałek eozynochłonnych, przy zupełnym braku wnętrzniaków.

2) Kol. Karowiec przedstawia chorą z **wrodzonym brakiem obu rzepek**, w miejscu których znajduje się zgrubiały fałd skóry, przebiegający poprzecznie.

**W dyskusji** kol. Ziembicki zaznacza, że ścięgno mięśnia poczwórnego przyczepia się nie do guzowatości kości goleniowej, lecz do szczytu kości. Odruchy kolanowe są prawidłowe.

3) Kol. Kwiatkiewicz odczytuje memorjał do gazet dla szerszej publiczności w sprawie nadużywania sztucznych poronień. Na wniosek kol. Schramma memorjał przyjęto jednomyślnie.

4) Kol. Reis wygłasza wykład **O badaniu dna oka w świetle bezczerwiennem,*)** zaznacza, że wprowadzenie światła bezczerwiennego do badań dna oka zawdzięcza swe powstanie usiłowaniom stworzenia takich warunków oświetlenia, aby można było plamkę żółtą widzieć *in vivo* w jej naturalnem zabarwieniu. Wspomina o pracy Schmidt-Rimplera z r. 1875, który barwę żółtą w plamce uważa za barwę pokostową, nie występującą na tle czerwonej naczyniówki, tylko dopiero na tle zmętniałej po śmierci siatkówki. Przytacza spór naukowy powstały na ten temat między Gullstrandem a Dimmerom i rozstrzygające w tej sprawie badania Vogt'a, zapoczątkowane jeszcze w r. 1913, a wykończone w latach powojennych. Omawia rodzaje filtrów płynnych, służących do wyłączenia ze światła zwykłego promieni czerwonych i zalety światła bezczerwiennego dla badań zmian chorobowych w siatkówce, a w szczególności w plamce żółtej. (Następuje pokaz przyrządu z odpowiedniemi filtrami). (A. r.).

**W dyskusji** kol. Krzemicki Izydor zapytuje, czyby filtra nie można sporządzić z cienkiej warstwy srebra, która przepuszcza tylko promienie pozafioletowe. Wtedy pochłanianie światła mogłoby być większe.

Kol. Reis odpowiada że promienie fioletowe względnie pozafioletowe nie nadają się do badań, gdyż wywołują fluorescencję soczewki i utrudniają wziernikowanie.

5) Kol. R. Węglowski a) przedstawia rzadki **przypadek niedrożności jelit i zapalenia otrzewnej** wywołany **zatkaniem jelita cienkiego zbitym kłębkiem z glist ludzkich**. Nad kłębkiem pasorzytów ścianka jelita była w kilku miejscach nadwerężona, zniedokrwiona, co było przyczyną zapalenia otrzewnej. Operacja polegała na otwarciu jelita cięciem poprzecznem, usunięciu glist i zaszyciu jelita i jamy brzusznej. Wyzdrowienie.

6) Kol. Węglowski wygłasza odczyt pod tytułem **„Zstąpienie jąder, a sprawy patologiczne w okolicy pachwinowej“.** Praca oparta na własnych badaniach prelegenta na zarodkach ludzkich, trupach i na chorych. Badanie zarodków wykonano sposobem rekonstrukcji. Ogólnie przyjęta obecnie teorja Klaatera o zstępowaniu jąder, zdaniem mowcy, nie odpowiada rzeczywistym danym. Cała sprawa zstąpienia jąder zależy od zmian w jądrowodzie, (*gubernaculum Hunteri*). Jądrowód jest nieoderwalną częścią prawnercza i jest już dobrze sformowany w 1-ym miesiącu życia płodowego. Dolna część jądrowodu, która tkwi w ścianie brzusznej, maczugowato rozszerzona. Poczynając od 5 mies. jądrowód zaczyna rozrastać się niepomiernie, dosięga znacznych rozmiarów, kilkakrotnie przewyższających rozmiary jądra i przygotowuje dla jądra otwór w ścianie brzusznej, przez który jądro biernie opuszcza się do dna moszny. Żadnego połączenia pomiędzy moszną a jądrowodem prelegent nie znalazł.

Rozrost jądrowodu u różnych osobników był różny i niejednakowy. Przy małym jądrowodzie otwór w ścianie brzusznej jest zbyt mały, nie wystarczający dla przejścia jądra, wskutek czego jądro utyka w ścianie brzusznej i wywołuje wnętrostwo. Zbyt duży jądrowód unosi ze ściany brzusznej niepomiernie dużą część mięśni brzusznych (*obl int. et transvers*) i wytwarza duży brak w okolicy pachwinowej, przyczyniający się do powstawania przepuklin pachwinowych. (A. r.).

**W dyskusji** nad wykładem kol. Nowicki podnosi zmianę zapatrywań na znaczenie jądrowodu w procesie zstępowania jąder, czego między innemi dowodzą wyniki badań prelegenta. Oprócz stosunków anatomicznych, których zespół, prowadząc do udrożnienia kanału pachwinowego, ułatwia w wysokim stopniu proces zstępowania jądra, mają tu znaczenie poważne i inne czynniki, jak ciśnienie w jamie brzusznej. I tak np. niewątpliwie uciskiem przez esicę należy sobie tłómaczyć, dlaczego znacznie częściej stwierdza się wnętrostwo jądra po stronie prawej, niż po lewej. Również w powstawaniu przepuklin niewątpliwie poważne ma znaczenie wzmożone ciśnienie w jamie brzusznej.

Kol. Ostrowski podkreśla konieczność liczenia się z pewnem konstytucyjnem usposobieniem, czego dowodem są osobniki, mające naraz kilka różnych przepuklin.

Kol. Schramm zwracał u dzieci uwagę na postać kanału, ale trójkątnego kanału prawie nie spotykał. Sposób Bassiniego dawał wyniki dobre i mało nawrotów. Znaczenie tłoczni brzusznej w powstawaniu przepuklin odgrywa doniosłą rolę. Dość wspomnieć, że dzieci krzyczące częściej dostają przepukliny, od dzieci spokojnych. Kol. Krzemicki stwierdzając, że wnętrzy są zwykle ciężkimi psychopatami zapytuje mowcę, czy tego nie spostrzegał w swoich przypadkach.

Kol. Węglowski odpowiada, że przy tłoczni brzusznej, przy ciśnieniu, mięśnie przerastają i kryją kanał. Statystyka angielskich bandażystów wykazała, że odsetek przepuklin u ciężko pracujących nie jest większy, jak u nie pracujących fizycznie Wnętrostwo (*kryptorchismus*) jest niewątpliwie częstsze po stronie prawej, a w zstępowaniu jąder ciśnienie w jamie brzusznej ma z pewnością znaczenie. Objawów neurastenicznych u chorych nie zauważył, podnosi jednak, że jak długo jądro nie jest chorobowo zmienione, nie należy go usuwać, ze względu na wewnętrzne wydzielanie.

**W dyskusji** nad pokazem kłębka glist k. Ostrowski przytacza przyp. operowany z rozpoznaniem zapalenia wyrostka robaczkowego. Zadrażnienie otrzewnej pochodziło od glisty, która usadowiła się w wyrostku robaczkowym, badanie histologiczne nie wykazało w nim zmian zapalnych. Rost już wykazał, że trucizny glist zastrzyknięte do jamy brzusznej wywołują podrażnienie otrzewnej.

Kol. Nowicki podnosi dążność glist do wchodzenia w otwory jak np. we wyrostek robaczkowy, co na stole sekcyjnym niejednokrotnie się stwierdza, przypomina doświadczenia, w których podawano zwierzętom paciorki szklanne do połykania, a w których następnie stwierdzono, że glisty wchodziły w ich dziurki. Znane są przypadki, w których glisty dostawały się głęboko do przewodów żółciowych, jak np. w przypadku opisanym przez mowcę, a następowo powstały w nim ropnie wątroby.

Kol. Schramm podnosi to rzadko spotykane skłębienie się i poplątanie między sobą glist, jak to się widzi w przedstawionym przypadku. *Kmietowicz*, sekretarz.

**Warszawskie Towarzystwo lekarskie.**

Posiedzenie kliniczne z dnia 4. kwietnia 1922.

Przewodniczy prof. A. Gluziński.

I. Juljusz Wiśniewski przedstawił 2 przypadki **kiły nabytej u 2 sióstr.** Jeden przypadek tyczył się 13-letniej dziewczyny z osutką drobnoguzkową na przedniej powierzchni tułowia; na tylnej o guzkach większych w dolnej części tułowia łuszczących się. Na wargach sromowych i koło kiszki stolcowej przerostowe lepieże. Młodsza jej siostra, lat 8, ma lepieże przerostowe moknące koło kiszki stolcowej.

U jednej i drugiej odczyn Wasermana silnie dodatni. Obie siostry są *virgines intactae* i zarazem zaprzeczają, jakoby kto z mężczyzn do nich się zbliżał. Ojciec, matka i brat zdrowi.

Skąd zjawiła się choroba, trudno wyjaśnić.

II. Cz. Jastrzębski **„Zmienność postaci miedniczek nerkowych“.** (Rzecz przeznaczona do druku).

III. Prof. Orzechowski **„O epidemicznem zmiękknieniu kości na podstawie przypadków spostrzeganych we Lwowie“.** Epidemja zmięknienia kości trwa we Lwowie od r. 1915 dotąd, podobnie jak to ma miejsce i w Warszawie Pod względem objawowym obraz chorobowy zupełnie odpowiada obrazowi zmięknienia kości przedwojennego, niesłusznie nazywanego połogowem, gdyż i przed wojną zdarzało się zmięknienie u dziewcząt, starych kobiet i u mężczyzn. Różnicę między zmięknieniem klasycznem a obecnem nagminnem można upatrywać w tem tylko, że obecnie, umiejąc je rozpoznawać, wykrywamy wiele przypadków lekkich, które napewno dawniej bywały nierozpoznawane. Stąd pozorne różnice, lecz tylko ilościowe. Ponieważ w piątej części materjału zmięknienie zaczynało się w ciąży, więc i pod tym względem niema zasadniczej różnicy etjologicznej. Jako niezwykłość i jedyną może cechę odrębną należy podnieść tę okoliczność, że w dość znacznej grupie przypadków nie było można wykryć żadnego ze

*) Wykaz „bezczerwienny“, użyty przez mowcę poraz pierwszy na określenie niemieckiego wyrazu *„rotfreies Licht“*. W okulistyce istnieje dawny wyraz czerwień wzrokowa; w słowniku Lindego wyraz czerwienny.

znanych czynników etjologicznych. U kobiet tej grupy, jak się zdaje, właśnie niezachodzenie w ciążę było okolicznością usposabiającą do powstania zmięknienia kostnego. O ile chodzi o istotną przyczynę choroby, napewno nie jest nią głód, ani hypowitaminoza (brak mięknienia w różnych miastach, jak Kraków, Łódź, które również cierpiały na braki w odżywianiu, brak tego cierpienia w Rosji sowieckiej). Powodem epidemji jest prawdopodobnie jad bakteryjny (?) pokrewny temu, który wywołuje tężyczkę.

Przy rozpoznaniu trzeba pamiętać, że zmiany miednicy zdarzają się tylko w ciężkich przypadkach, nieraz dość późno i że badanie rentgenologiczne może zawodzić nawet w daleko posuniętych przypadkach. Dość często zdarzają się obrzęki, obraz blednicy krwi, czasem odczyn Wassermana dodatni, lekkie zaburzenia w oddawaniu moczu i znamienny zespół neurologiczny, w którego skład mogą wchodzić następujące objawy: wzmożenie pobudliwości mięśni i nerwów, odruchów kolanowych, przykurcze i niedowłady z umiejscowieniem, przypominającem dystrofję, wyjątkowo nawet odruchy spastyczne (Babińskiego, Rossolima i t. p.). Leczenie daje na ogół bardzo dobre wyniki: leżenie, fosfor w tranie, nasłonecznianie. W lecie zachodzą nawet samoistne poprawy. (Szczegóły wykładu zawarte w pracy ogłoszonej w I. tomie wydawnictw Akademji Nauk Lekarskich).

**W dyskusji** Higier dowodzi, że sprawę endemji kostnej poruszyli u nas Chełmoński, który rozpoznawał osteoporozę, Goldflam swoistą osteoartropatję, Rosenblum krzywicę późną i Higier zmięknienie poronne kości. Błędny pogląd o wyłącznem zajęciu systemu kostnego wiele się przyczynił do dezorjentancji. Krzywica i osteomalacja są to choroby ogólne ustrojowe, w których cierpi tkanka kostna, tkanka łączna okostnej i wnętrznokostnej, tkanka chrzęstna i tkanka mięśni poprzecznie prążkowanych. Na materjale Higiera, obejmującym z górą 60 przypadków stwierdzono: bóle samoistne i uciskowe kośćca, swoistą postawę ciała, przykurczenie mięśni ksobnych uda, chód kaczkowaty, niedowład mięśnia lędźwiowobiodrowego, czasem obraz radjograficzny typowy, powolny początek, stopniowy rozwój i częste wyleczenie Przyjęto niesłusznie, aby szukać w wywiadach ciąży, połogu lub karmienia zapominając, że osteomalacja zdarza się u dzieci, dziewcząt i starców. Uleczalność nie jest dowodem przeciw rozpoznaniu zmięknienia kości Tran i fosfor są poniekąd specyfikami narówni z trzebieniem, które w przypadkach Higiera dały znakomite rezultaty.

Powołując się na ścisłe badania laboratoryjne Medical Researd Committet witamin, H. rozróżnia 3 zasadnicze witaminy, które zależnie od ich tropizmu lub powinowactwa z tą lub ową tkanką, nazywa 1) vitaminum osteotropinum czyli lipoidalną, rozpuszczalną w tłuszczach; 2) v. neurotropinum — czyli w wodzie rozpuszczalną i 3) v. vasotropinum — rozpuszczalną w wyskoku. Witaminę lipoidalną, wywołującą doświadczalnie u zwierząt krzywicę, H. pomawia głównie o wywoływanie endemji osteomalacji.

Prof. Hornowski na podstawie materjału sekcyjnego podczas epidemji zmięknienia kości widywał odwapnienie kości, jak to bywa w kile, w gruźlicy. Zmiany te nie mają jednak nic wspólnego z klasyczną osteomalacją. Późna krzywica i osteomalacja nie mają absolutnie nic wspólnego, są to dwa cierpienia o obrazie zupełnie odmiennym pod względem anatomicznym.

Doc. St. Orłowski na podstawie doświadczenia twierdzi, że w zakładach dla umysłowo chorych wyraźnych przypadków zmięknienia kości było bardzo niewiele i liczba przypadków nie powiększyła się w czasie objętym przez prelegenta. Przypadków otępienia wczesnego O. spostrzegał dużo, zmiękczenia kości nie spostrzegał. Starkiewicz zaświadcza, że przypadki zmięknienia kości były liczne, zdarzało się po kilka przypadków na sali, szczególniej zimową porą. Choroby odżywcze szły serjami. Podczas choroby opisanej przez Chełmońskiego niemieccy lekarze również podkreślali jako przyczynę bakterje, jednak późniejsi autorowie niemieccy zaniechali tego twierdzenia. Czynnik niedostatecznego a także jednostronnego odżywiania wysuwa się na pierwszy plan i w statystyce prof. Orzechowskiego. St. skłonny jest przypuszczać, że choroby zakaźne były jedynie czynnikiem usposabiającym do schorzeń kości. Michalski przypuszcza, że być może określanie cholestearyny we krwi w przypadkach prof. Orzechowskiego dałoby wskazówki, co do pochodzenia osteomalacji na tle bakteryjnem, gdyż w przebiegu chorób zakaźnych ostrych i przewlekłych ilość cholesteryny we krwi zmniejsza się. Na tej podstawie Michalski proponuje, aby podawać takim chorym tran, który zawiera 5% cholesteryny. Prof. Gluziński uważa, że sprawa zmięknienia kości może być uważana za zaburzenie w gruczołach o wewnętrznej wydzielinie — *osteomalacia pluriglandularis*, jak za tem przemawia powstawanie tężyczki, to znowu zaburzenia w jajnikach; Paltauf spostrzegał na sekcjach zanik gruczołu tarczowego. Na powstawanie osteomalacji oprócz powyższych czynników mogą wpływać także witaminy i bakterje.

Prof. Orzechowski w odpowiedzi wspomina, że również jak Higier miał przypadki krzywicy późnej, które w dalszym przebiegu klinicznym dawały obrazy kliniczne mieszane krzywicy późnej i osteomalacji, zwłaszcza u mężczyzn. Niedowłady według prof. O. nie zależą od bólu

W przypadkach z objawem Babińskiego najściślejsze badania nie wykryły, aby był rzeczywiście jakiś ucisk na rdzeń. Brak przypadków osteomalacji w Łodzi, a także w Krakowie, jak również częste przypadki śród proletarjatu robotniczego we Lwowie, pomimo iż się on odżywiał lepiej od urzędniczego, przemawia przeciw przyjęciu czynnika odżywiania, czyto niedostatecznego, czy też jednostronnego (witaminy), i zdaje się popiera czynnik bakteryjny. W kilku przypadkach po hiszpance nastąpiło pogorszenie. W 3-ech przypadkach prof. O. spostrzegał jedynie wola.

*W. Kowalski*, sekretarz doroczny.

---

Prof. Dr. Antoni Cieszyński, Lwów.

## Sprawa studjów dentystycznych przy Uniwersytetach polskich.

(Dokończenie).

W Niemczech wymagano:

| | | |
|---|---|---|
| W roku 1869 | ukończonych 7 klas gimn. | i 4 półroczy studjów |
| w roku 1889 | ukończonych 7 klas gimn. | i 6 półroczy studjów |
| w roku 1909 | matury gimn. tj ukończonych 9 klas gimn. | i 7 półroczy studjów |
| w rokn 1918 | matury gimn. t. j. ukończonych 9 klas gimn. | i 8 półroczy studjów |

**i dano możność składania doktoratu z nauk dentystycznych.** (Dr. med. dent.) po przedłożeniu rozprawy.

W Polsce, po długich staraniach ze strony organizacyj zawodowych i gruntownem zbadaniu programu studjów przez Wydziały lekarskie i Min. Oświaty, zaprowadzono 17. lutego 1920 r. czteroletnie studjum dentystyczne w Państwowym Instytucie w Warszawie, którego szczegółowy program studjów został ogłoszony w rozp. Min. Oświaty 7. stycznia br. Do wprowadzenia tego programu studjów dentystycznych i otwarcia Państwowego Instytutu dentystycznego w Warszawie zostały sfery rządowe niejako zmuszone koniecznością zlikwidowania dawniejszych prywatnych szkół dentystycznych, które w byłej dzielnicy rosyjskiej istniały dotąd, a nie stały jednak na należytym poziomie. Dla nowowstępujących jest matura obowiązkowa, przewidziany jest również doktorat nauk dentystycznych, jakkolwiek warunki, na których go można będzie uzyskać, nie są jeszcze podane. Jak już wspomniałem, studjum dentystyczne w Polsce nie jest obecnie przy żadnym uniwersytecie, (tylko w osobnym Instytucie państwowym), przewidziane jest jednak przyjęcie tegoż Instytutu przez Uniwersytet warszawski. Studjum dentystyczne w Polsce wzoruje się w głównych swych zarysach na programie niemieckim i amerykańskim. Niemal w tymsamym czasie, w którym zaprowadziło Ministerstwo Oświaty w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia osobne studjum dentystyczne w Polsce, wprowadzony został również nowy program studjów lekarskich, nieco odmienny od programu dawniejszego, i rozszerzony o szereg przedmiotów. W *ryc. 4.* podaję program studjów lekarskich naszkicowany graficznie według ilości godzin wykładów i ćwiczeń. Na słupki przedmiotów lekarskich projektowane są studja dentystyczne według rozporządzenia Ministerjalnego, by wykazać różnicę godzin. Szczegóły wynikają z ryciny 4. i z podanego poniżej opisu.

Studenci dentystyki nie uczęszczają więc na położnictwo i ginekologję, w znacznie skróconej mierze na medycynę wewnętrzną, chirurgję, natomiast mają szereg specjalnych przedmiotów, podanych od I—VIII, których medycy w swoim programie nie mają, a które w ogólnem studjum obejmują 2400 godzin (*ryc. 6*). Pozatem nie objęty jest programem studjum dentystycznego szereg przedmiotów, jak logika, etyka, propedeutyka lekarska, farmakognozja, biologja, ażeby uniknąć przedłużenia studjów.

Zjazd delegatów wszystkich organizacji zawodowych w r. 1919 domagał się wprawdzie znacznie gruntowniejszego traktowania przedmiotów przyrodniczo-lekarskich, — postulaty te jednak zostały tylko częściowo zrealizowane, gdyż zredukowano przeciw woli delegatów zjazdu i przedstawicieli nauki dentystycznej ilość godzin przedmiotów, jak anatomja, fizjologja, chemja, medycyna wewnętrzna, pomijając przytem zupełnie przedmioty, jak pedjatrja i psychjatrja. Mamy jednak nadzieję, że zmiany w tym kierunku zostaną zrobione z chwilą wprowadzenia studjów dentystycznych przy uniwersytetach polskich. (Tabl. III.).

Tablica III.

| | Studja lekarsk.¹) | Studja dentyst. według: projektu Zjazdu delegatów | projektu Wydziału lek. lwow.²) | programu Państ. Inst. dentyst. |
|---|---|---|---|---|
| Fizyka | 160 | 150 | 219 | *150* |
| Chemja | 520 | 288 | 230 | *160* |
| Fizyko-chemja | — | — | 44 | *40* |
| Anatomja opisowa i topograficzna | 660 | 672 | 594 | *320* |
| Histolologja i embrjologja | 170 | 192 | 116 | *120* |
| Biologja | — | — | 44 | — |
| Fizjologja | 190 | 224 | 209 | *70* |
| Specjalna anatomja jamy ustnej | — | 32 | 33 | *60* |
| Antropologja | 20 | 64 | 88 | — |
| Bakterjologja | 110 | 128 | 132 | *100* |
| Patologja ogólna | 190 | 192 | 132 | *60* |
| Anatomja patologiczna | 380 | | | *140* |
| Farmakologja | 60 | 96 | 88 | *40* |
| Higjena | 100 | 128 | 99 | *100* |
| Medycyna wewnętrzna | 720 | 384 | 178 | *60* |
| Chirurgja ogólna | 540 | 60 | 66 | *60* |
| Klinika chirurgiczna | | 128 | 165 | |
| Szczegółowa patologja jamy ustnej | — | 128 | 99 | *780* |
| Klinika stomatolog. i chirurgji szczęk | 80 | 96 | 248 | |
| Klinika nosa i krtani | 80 | 64 | 99 | *60* |
| Klinika oczna | 110 | 64 | 66 | — |
| Fizjologja ciąży (położnictwo gin.) | 250 | — | 22 | — |
| Klinika dermatologiczna | 120 | 128 | 102 | *120* |
| Klinika neurologiczna i psychjatr. | 170 | 96 | 110 | — |
| Klinika pedjatryczna | 120 | 32 | 80 | — |
| Dentystyka zachowawcza | — | 800 | 693 | *740* |
| Technika dentystyczna | — | 1121 | 1364 | *740* |
| Ortopedja szczęk | — | 192 | 66 | *80* |
| Roentgenologja | — | 48 | 44 | *20* |
| Medycyna sądowa | 100 | 32 | 33 | *40* |
| Kurs rysunków i modelowania | — | 48 | 66 | *80* |

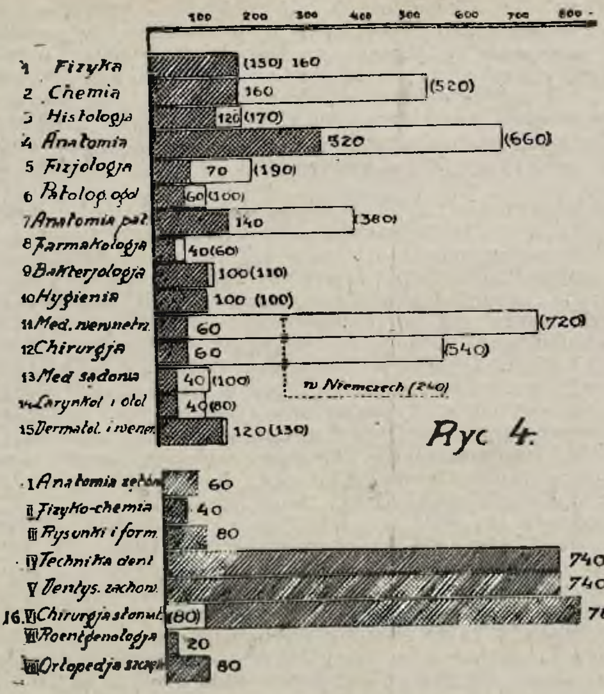
¹) Według nowego programu studjów lekarskich, podane w ilości godzin.

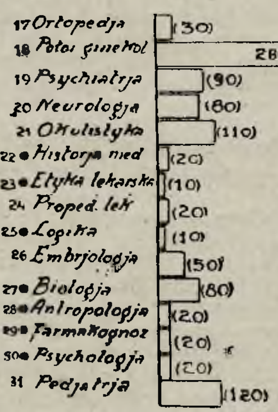
²) Wydział lekarski Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie rozpatrywał program studjów dentystycznych, przedłożony przez Zjazd delegatów w kilku Komisjach w lecie 1919 r. i przedłożył swoją opinję Ministerstwu Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego dnia 30. X. 1919 r. Najważniejsze poprawki Wydziału lekarskiego lwowskiego obejmują następujące punkty:

1) Studja lekarzy-dentystów powinny być oddzielne od 3. trymestru; w pierwszych dwóch równe ze studjami lekarskiemi, ażeby decyzja co do wyboru przyszłego studjum mogła nastąpić w ciągu tego okresu.

2) Pozostawia się możność przechodzenia ze studjum dentystycznego na medycynę. Zalicza się przytem przedmioty egzaminacyjne z dentystyki i żąda się tylko dodatkowego egzaminu z anatomji i biologji; egzamin przedkliniczny dentystyczny ma się różnić od lekarskiego tylko brakiem egzaminu z biologji, mniejszemi wymaganiami z anatomji, a zawierać natomiast egzamin z przedmiotów specjalnych. Przewidziana jest również możność przejścia na studja lekarskie po ukończeniu studjów dentystycznych.

3) Co zaś dotyczy szczegółów programu żąda Wydział lekarski przez 2 trymestry kliniki wewnętrznej po $7^1/_2$ godzin, tak samo przez 2 trymestry kliniki chirurgicznej (wspólnie ze studentami medycyny) i kliniki chorób wewnętrznych, psychjatrji przez 1 półrocze. Pedjatrja ma być wykładana w osobnym kursie przez 2 trimestry. P r o g r a m  t e n  j u ż  m i a ł  b y ć  w p r o w a d z o n y  w  ż y c i e  z  p o c z ą t k i e m  l e t n i e g o  p ó ł r o c z a 1920.






Rycina 4.

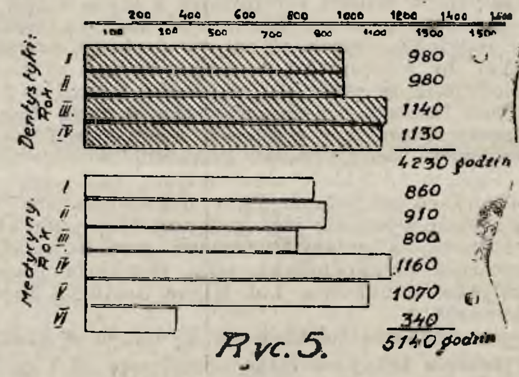
Zestawienie studjów lekarskich i studjów dentystycznych według nowych programów zaprowadzonych w Polsce według ilości godzin ogólnych z uwzględnieniem wykładów i zajęć praktycznych. Studja dentystyczne oznaczone są linjami ukośnemi, kreskowanemi, oraz projektowane na studja lekarskie. Liczby obok oznaczają ilość godzin studjów dentystycznych. Liczby w klamrach oznaczają ilość godzin danego przedmiotu w programie studjów lekarskich. Przedmioty 1—15 obowiązują więc tak studentów medycyny jak i studentów dentystyki, przedmioty 17—31 obowiązują wyłącznie studentów medycyny, przedmioty 1—VIII wyłącznie studentów dentystyki. Przedmiotów oznaczonych ● nie było w dawniejszym programie studjów lekarskich, wprowadzono je natomiast do nowego programu studjów lekarskich. Wprowadzono zatem 7 nowych przedmiotów, wymagających osobnych katedr.

Różnica ogólna studjów wynika plastycznie z *ryc.* 5. i 6., gdzie przedstawiłem liczbę godzin studjów lekarskich i dentystycznych. Studja lekarskie skondenzowane są obecnie do 1770 godzin, podczas gdy reszta czasu ma być zużyta na studja specjalne.

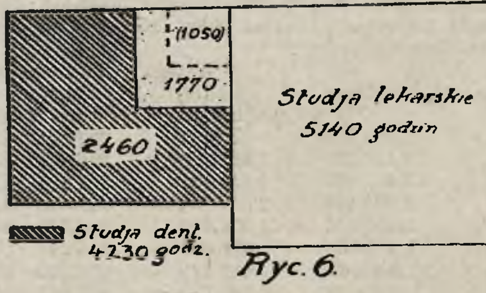
Przedstawiwszy obok siebie graficznie studja lekarskie i dentystyczne, nie potrzebuję silić się na dowodzenie racjonalności jak i potrzeby osobnych studjów dentystycznych. Bo pocóż dentyście całkowitych studjów lekarskich, trwających, licząc czas potrzebny na egzaminy, 6 lat, jeżeli w przyszłości mała z nich cząstka będzie mu potrzebną dla jego specjalności, **dla której powinien po ukończeniu całkowitych studjów lekarskich poświęcić jeszcze 2 lata dodatkowo i złożyć osobny egzamin, jak to wymagane jest w Niemczech.** Gdyby społeczeństwo nasze było bogate i obfitowało w nadmiar inteligencji i nadmiar studentów, zgodzićby się można na dawny program studjów wzoru austrjackiego — z dodaniem obowiązkowych 2 lat na stu-

dja specjalne. Ale dziś, kiedy lekarzy w Polsce brak, kiedy studja lekarskie są tak bardzo kosztowne, czyż nie wymaga państwowa ekonomja społeczna, by dłuższego czasu, aniżeli potrzeba nie przesiadywać na uniwersytetach, na których utrzymanie dodaje Skarb Państwa setki miljonów. Ekonomja Państwa wymaga, ażeby lekarze dentyści kończyli studja jak najrychlej i to w tej formie, ażeby społeczeństwo miało jak największy pożytek z danej jednostki. Przecież student dentystyki może, o ile zdecyduje się z góry na studja dentystyczne, zaoszczędzić sobie 4 lata studjów. Za pieniądze zaś, któreby użył w 4 latach dodatkowych na niepotrzebny balast z medycyny, zakupić sobie urządzenie swej pracowni, będące dziś tak bardzo kosztownem, może więc 4 lata wcześniej stworzyć sobie ognisko rodzinne i 4 lat wcześniej dopomódz swej rodzinie, która nieraz z największym wysiłkiem wspólnym dopomogła mu do ukończenia studjów.

A jeżeli ktokolwiek wniesie zarzut, że przez zaprowadzenie studjów dentystycznych przy uniwersytetach polskich maleje ogólna liczba lekarzy, to należy mu stanowczo zaprzeczyć. Przecież dzisiaj blisko 200% ze zgłaszającej się młodzieży nie przyjmuje się na studja lekarskie z powodu braku miejsca; cały zaś szereg młodzieży, i to głównie chrześcijańskiej nie może się długo trwającym studjom lekarskim poświęcić z powodu braku środków materjalnych. Zważywszy te argumenty przypuścić należy, że pozostanie cały szereg młodzieży, która obierze sobie krócej trwające studja dentystyczne, a która z innych względów nie obrałaby sobie studjów lekarskich. W końcu należy mi jeszcze odeprzeć zarzut, podniesiony przez Wydział lekarski lwowski, obawiający się, że studenci dentystyki zajmą miejsce w zakładach Wydziału lekarskiego, potrzebne dla studentów medycyny i że profesorowie odnośnych katedr będą przeciążeni wskutek zwiększonej liczby studentów, przeważnie podczas prowadzenia ćwiczeń.




Rycina 5.
Pogląd na ilość godzin studjów dentystycznych i lekarskich w poszczególnych latach studjów.




Rycina 6.
Studja dentystyczne przedstawiono poglądowo obok studjów lekarskich. Z 4230 godzin studjów dentystycznych przypada 2460 godzin wyłącznie na studja dentystyczne, podczas gdy 1770 godzin tj. 35% przypada także na przedmioty objęte programem sutdjum lekarskiego. Z tej ilości godzin słuchają studenci dentystyki 46% godzin wspólnie z medykami; resztę zaś tj. 54% wiadomości lekarskich otrzymują w wykładach i kursach osobnych, w formie bardziej skondenzowanej. Jeżeli więc ktokolwiek po ukończonych pełnych studjach lekarskich chce się wyspecjalizować w dentystyce, powinien w tym celu poświęcić jeszcze 2460 godzin czyli przeszło 2½ roku. Jeżeli zaś poświęci czasu mniej, chociażby nawet 1½ roku czasu (tj. 1402 godzin), to będzie on po 7½ roku studjów znacznie gorszym specjalistą w stomatologji, aniżeli lekarz dentysta, który ukończy studjum w 4 latach. Z zestawienia w rycinach 5. i 6. wynika wreszcie, że powinno się wymagać od lekarzy, którzy się poświęcają stomatogji, jeszcze dodatkowego egzaminu z przedmiotów specjalnych, jak n. p. w Niemczech, (gdzie wymaga się na studja specjalne dodatkowo 2 lat).

Zarzuty te bardzo poważne; jednakowoż przy bliższem rozejrzeniu sprawy okazują się obawy te nieuzasadnione, szczególnie jeżeli zostają podnoszone przez profesorów albo nie wykładających wogóle podczas studjów dentystycznych, albo tylko w bardzo ograniczonym zakresie, a tembardziej, jeżeli się weźmie pod uwagę małą liczbę studentów dentystyki. Praca profesorów tychże przedmiotów nie zwiększy się, wrazie gdy wykłady i kursy dla studentów dentystyki będą prowadzone przez docentów i asystentów, lub o ile studenci dentystyki będą korzystali ze wspólnych wykładów i ćwiczeń dla studentów medycyny.

Dnia 30. X. 1919 oświadczył się Wydział lekarski lwowski w sposób poniżej podany i przesłał oświadczenie to Ministerstwu Wyzn. Relig. i Oświecenia Publ.: „O ileby reforma studjów, proponowana przez Wydział lekarski lwowski jako program prowizoryczny, na następnych 6 lat, została przez Ministerstwo Wyznań i Oświecenia zatwierdzona, zgłosiłaby się niewątpliwie znaczna ilość słuchaczy medycyny, którzy już są w klinicznych półroczach i którzyby mogli już przejść na studja specjalne. Równocześnie zgłosiliby się i słuchacze, którzy studja przerwali, bądź to z byłego zaboru pruskiego, bądź też byłego zaboru rosyjskiego. Pozatem wpłynęłyby niewątpliwie i zgłoszenia na semestry pierwsze, których bieg studjów jest analogiczny ze studjum lekarskiem i których liczba wpłynęłaby na większe zapotrzebowanie miejsca w zakładach lekarskich". Obecnie obawia się Wydział lekarski lwowski, że w razie zaprowadzenia studjum dentystycznego przy uniwersytecie lwowskim, zmniejszy się liczba studentów medycyny. Obawa ta jest niesłuszna, gdyż zapobiec można temu łatwo przez ustanowienie *numerus clausus* również na studjum dentystyczne.

Sprawa studjów dentystycznych została przedstawiona na Zjeździe Dziekanów Wydziałów lekarskich 27. stycznia r. 1920 na konferencji Min. Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego. Jednomyślnie wypowiedziano się wówczas za wprowadzeniem studjów specjalnych dentystycznych przy Uniwersytetach polskich, z wyjątkiem Dziekana Wydziału lekarskiego krakowskiego, który wobec uchwał dawniejszych tamtejszego Wydziału musiał wystąpić w obronie dawniejszego systemu wykształcenia stomatologów. Od tego czasu nie posunęła się sprawa ani o krok naprzód.

Zjazd Związku lekarzy dentystów na ziemiach polskich w Warszawie [1]) w kwietniu b. r., rozpatrując krytyczny stan dentystyki w Polsce w dobie obecnej, powziął następującą uchwałę nagłą:

„Zjazd uznaje bezwzględną konieczność wprowadzenia w najbliższym czasie osobnych studjów **przy wydziałach lekarskich Uniwersytetów**; w tym celu należy zarezerwować dla studentów dentystyki przy wydziałach lekarskich najmniej 10% miejsc w stosunku do liczby studentów medyków. Dla ułatwienia tej sprawy z punktu widzenia finansów Państwa, pożądane jest utworzenie, jeśli nie 3 osobnych katedr, to przynajmniej 3 adjunktur z „venia legendi" przy każdej istniejącej katedrze dentystyki, organizując temsamem studja dentystyczne w sposób najekonomiczniejszy".

Uchwała ta stanowi punkt wyjścia do rozwiązania problemu tak ważnego ze względów higjeny społecznej, wykształcenia młodzieży i rozwoju dentystyki polskiej.

Jeżeli chodzi o *praktyczne* wprowadzenie tejże uchwały w życie, istnieją we Lwowie jaknajlepsze warunki. Istnieje przecież przy Wydziale lekarskiem Instytut dentystyczny, który pod względem swej pojemności wystarczy na 3—4 lat.

W Poznaniu zostanie prawdopodobnie wprowadzone studjum dentystyczne przy Wydziale lekarskim już w przy-

[1]) Na Zjeździe tym, zwołanym przez najliczniejszą organizację lekarzy dentystów byłej dzielnicy rosyjskiej, byli obecni także w charakterze gości przedstawiciele organizacji małopolskiej: Związku lekarzy dentystów lwowskich, dalej delegaci organizacji wielkopolskich i Śląska. (Polska Gazeta lekarska z dn. 7. V. 1922 str. 393).

szłym roku, gdyż idea osobnego studjum dentystycznego ma swoje tradycje w Wielkopolsce i poparcie Wydziału lekarskiego. Realizacja zależy także od uzyskania osobnego, zresztą już upatrzonego na ten cel, gmachu.

---

## † Dr. Władysław Ołtuszewski.

Zmarły w dniu 9 czerwca r. b. ś. p. Władysław Ołtuszewski zasłużył się dobrze nauce lekarskiej i społeczeństwu. Był on jednym z pierwszych, a bodaj i jedynym lekarzem, który w ciągu swojej czterdziestoletniej przeszło pracy zajął się gruntownie nietylko z punktu widzenia praktycznego, lecz i teoretycznego, wielce ważną gałęzią patologji t. zw. zaburzeniami mowy. Cierpienia te, w swoich rozmaitych postaciach niezwykle częste w naszem społeczeństwie, stanowią w najpospolitszej swojej postaci t. j. ciężkiem jąkaniu niemal prawdziwe kalectwo.

Ołt. zajął się tą specjalną gałęzią medycyny po gruntownem kilkoletniem przygotowaniu w klinice wewnętrznej i laryngologicznej, stąd też utworzona przez niego prywatna klinika w ciągu przeszło 30-o letniej działalności ściągała bardzo liczne rzesze chorych tej kategorji, którym niezwykle cierpliwa, wytrwała i sumienna praca Ołt. przyniosła wielką pomoc, a w większości przypadków i wyleczenie zupełne.

Z tej to jego prywatnej kliniki wyszły całe szeregi prac naukowych z dziedziny zaburzeń mowy, które autor wygłaszał w formie sprawozdań na posiedzeniach warsz. Tow. Lek., ogłaszał je w czasopismach lekarskich, lub też w oddzielnych publikacjach wartościowych, opartych na własnych spostrzeżeniach i najnowszych postępach tej gałęzi wiedzy za granicą.

Z tych ostatnich prac wspomnę: 1. „Szkice fizjologji mowy ze szczególnem uwzględnieniem głosek alfabetu polskiego" (1893). 2. „Rozwój mowy u dziecka" (1896). 3. „Psychologja oraz filozofja mowy" (1899). 4. „Niemota, bełkotanie, mowa nosowa, jąkanie" (1891). 5. „Zarys nauki o zboczeniach mowy" (1905) i inne. Ołtuszewski był niezwykle pilnym i sumiennym lekarzem, dobrym kolegą, uczciwym nawskroś człowiekiem. Pracował wytrwale do ostatnich niemal chwil życia, stąd też wśród grona bliżej go znających i ceniących kolegów oraz licznej rzeszy chorych pozostawił żal serdeczny.

— Cześć Jego pamięci.

Ś. p. W. O. urodził się w roku 1853 w Lublinie, gimnazjum i uniwersytet kończył w Warszawie w roku 1878 i od tej pory t. j. przeszło lat czterdzieści przebywał stale w Warszawie, uprawiając teoretycznie i praktycznie swój umiłowany zawód.

*A. Sokołowski.*

### Od Wydawnictwa.

Szan. Prenumeratorów prosimy o wyrównanie zaległej prenumeraty za II. kwartał oraz o nadesłanie należności za III. kwartał b. r.

Z powodu wyjazdu redaktora prof. Nowickiego upraszamy o przesyłanie listów i rękopisów pod adresem dra Adolfa Kuhna, Województwo, Urząd zdrowia.

### Od Administracji.

Panów Autorów uprzejmie zawiadamiamy, że na podstawie uchwały Zarządu Spółki wydawniczej lekarskiej administracja będzie **bezpłatnie** dawała Autorom 20 odbitek niełamanych, jednostronnie drukowanych. Odbitki łamane, jak dotąd, będą sporządzane na **wyraźne żądanie i na koszt** zamawiającego, który też będzie otrzymywał rachunek, według cennika drukarni.

Zaznaczamy przytem, że cennik drukarski, i tak niesłychanie wysoki, znowu poszedł w górę o 20%.

## Wiadomości bieżące.

**Kraków.**

**Drugi państwowy kurs wychowania fizycznego,** jednoroczny, bezpłatny, z ograniczoną do 60 osób liczbą uczestników, rozpocznie się w dn. 1 października r. 1922. Pierwszeństwo mają profesorowie gimnazjalni oraz osoby, które zajmowały się sprawami wychowania fizycznego.

**Towarzystwo Internistów polskich** odnawia swoją działalność w postaci Filji krakowskiej tegoż Towarzystwa. Do Komitetu w dn. 23 czerwca zostali wybrani: prof. Orłowski, jako przewodniczący; prof. Latkowski, jako zastępca przewodniczącego: dr. Blasberg, skarbnik; dr. Wierzuchowski, sekretarz. Na odbytem posiedzeniu załatwiono szereg spraw bieżących. Filja krakowska Towarzystwa Internistów polskich (F. K. T. I. P.) zaprasza gorąco kolegów z zachodniej Małopolski do zapisywania się na członków tegoż Towarzystwa przez listewne podanie swego nazwiska i dokładnego adresu, jakoteż nadesłanie wkładki rocznej w kwocie 1000 Mp. na ręce skarbnika Towarzystwa (Dr. Blassberg, Kraków ul. Starowiślna 18).

Prof. *Witold Orłowski*, prezes. *M. Wierzuchowski*, sekretarz.

**Lwów.**

**W dzienniku Ustaw Rz. P. N. 48.** z 30. czerwca 1922 ogłoszono rozporządzenie Ministra zdr. publ. w przedmiocie wprowadzenia jednolitego mianownictwa chorób i przyczyn skonów, według wzoru przyjętego przez komisję Międzynarodową w Paryżu dnia 14 października 1920. Sprawozdania o zachorowaniach i przyczynach skonów, do których składania w myśl istniejących przepisów są obowiązane związki samorządowe lub instytucje utrzymujące szpitale, winny być od 1 lipca br. sporządzane z zachowaniem zasad i mianownictwa, objętych załącznikiem rozporządzenia.

Uważamy to zarządzenie za doniosłe i pożyteczne i radzimy Czytelnikom naszym zapoznać się z tem mianownictwem.

**W Tow. oto-laryngologicznem** odbyły się w dniach 26 i 30 czerwca br. zebrania z udziałem przedstawicieli władz sanitarnych cywilnych i wojskowych dla omówienia rozszerzenia i zwalczania twardzieli (scleroma). Memorjał, opracowany przez wybrany komitet redakcyjny i przyjęty na zebraniu 30 czerwca, będzie przedłożony kompetentnym Ministerstwom.

**Towarzystwo lekarzy polskich b. Galicji.** Dnia 9 b. m. odbyło się doroczne zebranie delegatów Tow. lekarzy polskich b. Galicji. Prócz delegatów lwowskich wzięli udział delegaci: imieniem Tow. lek. Krakowskiego prof. Nowicki, sekcji jarosławskiej dr. Fechter, nowosądeckiej dr. Jasiński, stanisławowskiej dr. Kubisztal. Przewodniczył dr. Fechter. Po odczytaniu protokołu z zeszłorocznego zebrania i przyjęciu go, prezes Towarzystwa prof. Rencki przedstawił działalność Rady zawiadowczej za rok 1921, podnosząc w szczególności duży postęp w rozwoju zdroju Morszyna i w eksploatacji znakomitej soli morszyńskiej. Rozwój ten w znacznej części zawdzięczać należy ruchliwemu Towarzystwu „Polskie Zdroje", które nie wahało się już włożyć znaczne kapitały w inwestycje w samem zdrojowisku a także celem eksploatacji soli; wyrazem tego między innemi budowa warzelni kosztem wielu miljonów. Sprawozdanie, po dyskusji, przyjęto z pełnem uznaniem do wiadomości, w szczególności zamiar bardzo znacznego podniesienia zasiłków i zapomóg dla wdów i sierót po lekarzach. Prof. Nowicki przedstawił stan organu Towarzystwa „Polskiej Gazety lekarskiej", podnosząc niesłychanie wysokie koszty wydawnictwa. Dr. Kubisztal imieniem Komisji rewizyjnej postawił wniosek o udzielenie absolutorjum kasowego ustępującemu Zarządowi, co też jednomyślnie uchwalono. Do Rady zawiadowczej zostali wybrani: jako przewodniczący ponownie prof. Rencki, jako zastępca przewodniczącego prof. Nowicki, jako sekretarz ponownie dr. Bocheński, jako podskarbi ponownie dr. Trzcieniecki, jako członkowie kol. Hinze, Jasiński, Papée, Sabatowski i Sieradzki.

Następne Doroczne zebranie ma się odbyć w Krakowie

**Podwyższenie taksy szpitalnej** obowiązuje od 1-go lipca b. r w tutejszym Państwowym Szpitalu powszechnym. I tak dla I. klasy wynosi obecnie taksa 2000 Mkp., dla II. klasy 1300 Mkp. a dla III. klasy 900 Mkp.

**Warszawa.**

**Zaludnienie Państwa Polskiego.** Główny Urząd Statystyczny ogłasza komunikat, zawierający przybliżone narazie dane dotyczące zaludnienia naszego Państwa bez Górnego Śląska i Ziemi Wileńskiej. Oto odnośne cyfry:

| Województwa | ogółem | W tem było narodowości polskiej | innej | pols. | innej |
|---|---|---|---|---|---|
| | W liczbach bezwzględnych | | | w odsetkach | |
| m. Warszawa | 931 176 | 673.320 | 257.856 | 72.3 | 27.7 |
| Warszawskie | 2.112.106 | 1.895.186 | 216.920 | 89 7 | 10.3 |
| Łódzkie | 2.251.097 | 1 859.488 | 391.609 | 82.6 | 17.4 |
| Kieleckie | 2.534.214 | 2 312.374 | 221.840 | 91.2 | 8.8 |
| Lubelskie | 2.085.557 | 1.776.047 | 309.510 | 85.2 | 14.8 |
| Białostockie | 1.302.259 | 996.014 | 306.245 | 76.5 | 23 5 |
| Nowogrodzkie | 1.300.069 | 649.719 | 650.350 | 50.0 | 50.0 |
| Poleskie | 876.665 | 190 700 | 685.965 | 21.8 | 78.2 |
| Wołyńskie | 1.423.157 | 207.932 | 1.225.225 | 14.5 | 85.5 |
| Poznańskie | 1.974.057 | 1.628 522 | 345.535 | 82.5 | 17.5 |
| Pomorskie | 939 495 | 754.907 | 184.588 | 80.4 | 19.6 |
| Krakowskie | 1.990.399 | 1.850.838 | 139 561 | 93.0 | 7.0 |
| Lwowskie | 2.718.856 | 1.525.751 | 1.193.105 | 56.1 | 43.9 |
| Stanisławowskie | 1.348.481 | 294.381 | 1.054.100 | 21.8 | 78.2 |
| Tarnopolskie | 1.429.627 | 633.948 | 795.679 | 44.3 | 55.7 |
| Śląsk Cieszyński | 145.232 | 110.756 | 34.476 | 76.3 | 23.7 |
| Polska | 25.372.447 | 17.359.883 | 8.012.564 | 68 4 | 31.6 |

**Sprostowanie.**

W pracy dr. Brunnera w N. 26 w treści zamiast: liszajca, ma być liszaja; w samym zaś tekście zamiast lupus erythematoides tuberculoides, ma być lupus erythematodes tuberculoides.

Proszeni jesteśmy o zaznaczenie, że artykuł dra Łaskiewicza, umieszczony w N. 24 naszego pisma, jest sprawozdaniem poglądowem a nie pracą oryginalną.